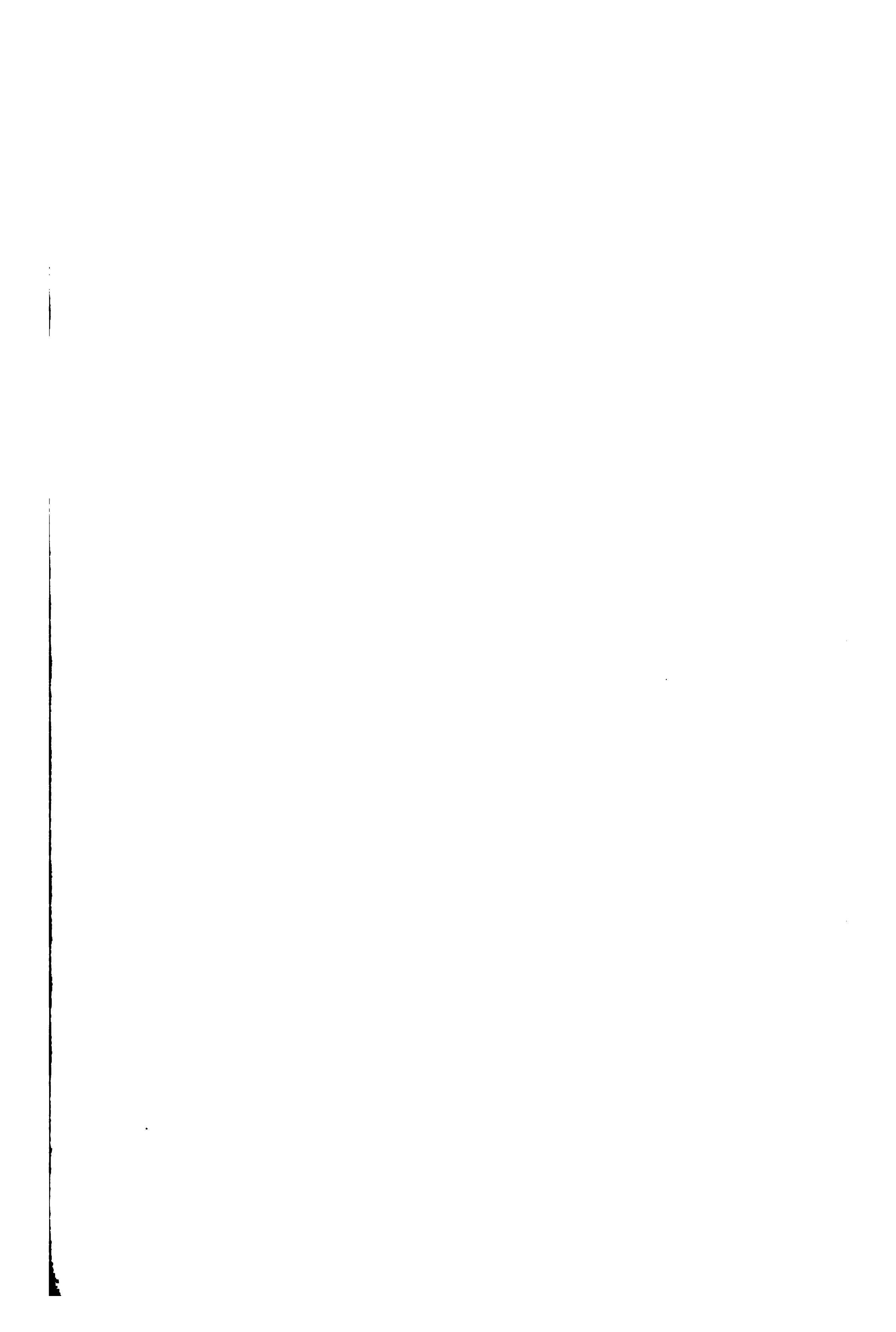


# Centralblatt für Gynäkologie.

---

**Zehnter Jahrgang.**





# Centralblatt für Gynäkologie.

**Zehnter Jahrgang.**



# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Dr. Heinrich Fritsch**

in Breslau.

---

**Zehnter Jahrgang.**

---

Leipzig,

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel.

1886.

# Originalmittheilungen.






"And as for me, though that I can but lite,
On bokes for to rede I me delite,
And to hem geve I faith and full credence,
And in mine herte have him in reverence."





# Centralblatt für Gynäkologie.

---

**Zehnter Jahrgang.**

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Dr. Heinrich Fritsch**

in Breslau.

---

**Zehnter Jahrgang.**

---

Leipzig,

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel.

1886.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**Nº 1.** **Sonnabend, den 2. Januar.** **1886.**




(Aus der Frauenklinik zu Breslau.)

## Beiträge zur Nephrektomie.

Von

**Dr. Heilbrun.**

Die Exstirpation einer Niere hat man seit Simon's Vorgang aus den verschiedensten Indikationen wiederholt ausgeführt. Viele neue Publikationen beweisen das Interesse für diese Operation. Gross[1] giebt eine übersichtliche Zusammenstellung der Indikationen und Kontraindikationen der Nephrektomie. Danach ist die Kasuistik derselben auf 233 theils bekannte, theils nicht veröffentlichte Fälle angewachsen. Die Mortalität beträgt 44,63%, also fast dieselbe wie die von Czerny auf 44,4% angegebene[2].

Unter diesen 233 Fällen ist die Nephrektomie 12mal wegen Ureterenfistel gemacht. Die Operateure[3] sind Simon, Billroth, Boeckel, Credé, Czerny, Le Fort, Nowaro, Stark (Danzig), Starck (London), Thornton und Zweifel. Von diesen genasen 9, oder Mortalität von 21,27.

Ich bin in der Lage, heute zwei weitere Fälle mitzutheilen, in denen wegen Ureterenscheiden- resp. Ureterenuterusfistel von Herrn Prof. Fritsch die Exstirpation einer gesunden Niere ausgeführt wurde.

1) Frau H. O., 41 Jahre alt, am 4. April 1885 aufgenommen, hat 6mal entbunden, 5mal spontan; die 6. durch Perforation und Kranioklasie beendet 19. Febr.

---

[1] Amer. journ. of the med. sciences 1885. Juli.

[2] Bergmann. Berliner klin. Wochenschrift 1885. No. 46.

[3] Gross. l. c.

1885. Im letzten Wochenbett lange Zeit krank. Bald nach der Geburt trat Urinträufeln ein; der Urin läuft in allen Körperpositionen unwillkürlich ab, besonders aber im Liegen. Einen Theil Urin kann Pat. auch spontan lassen.

Befund: Mittelgroße, gracil gebaute, etwas anämische Frau. Herz und Lungen gesund. Scheide weit, glatt, lang, Scheidenwände leicht descendirt, Portio ein kleiner, narbiger, harter Stumpf, auf der linken Seite ein Defekt, Muttermund Querspalte, setzt sich nach links in einen tiefen Einriss fort. Von einer Harnröhren- oder Blasenscheidenfistel nichts zu fühlen. Corpus uteri klein, wenig beweglich. Im Speculum sieht man den kleinen Portiorest, links fehlt die Portio völlig; eine lange Narbe setzt sich trichterförmig ins Parametrium fort.

Um genaueren Aufschluss zu erhalten, wurde die Blase mit einer lauwarmen Salicyllösung ausgespült, aber weder aus der Blase, noch aus dem Uterus sah man die Flüssigkeit abfließen. Dagegen träufelte aus der trichterförmigen Vertiefung links der Urin langsam ab. Es wurde also die Diagnose auf Ureterscheidenfistel gestellt.

Bei einer nochmaligen Untersuchung wurde die linksseitige Narbe durchschnitten, so dass man durch Auseinanderhalten der Wundränder weit in die Tiefe sehen konnte. Nach vielfachen Sondirungsversuchen gelang es uns endlich, die Pawlik'schen Uretersonden in den Ureter einzuführen; es entleerte sich langsam tropfenweise klarer Urin durch die Sonde.

Es wurde der Pat. die Exstirpation der Niere vorgeschlagen, worauf sie bereitwilligst einging. Nach den üblichen Vorbereitungen wurde die Nephrektomie am 2. Juli 1885 ausgeführt. Nach Credé's Vorgang[4] wurde, um den Zwischenraum zwischen 12. Rippe und Crista ilei zu vergrößern, ein Rollkissen untergeschoben.

Operation nach Simon. Die Losschälung der Niere aus ihrer Kapsel war nicht sehr schwer. Die Niere wurde mit zwei Fingern umgriffen, gegen die hintere Bauchwand gedrückt und so weit hervorgezogen, dass sie in der Wunde lag, und man unter sie mit dem Ligaturfaden kommen konnte. Um Ureter und Gefäße wurde eine doppelte seidene Gesammtligatur gelegt und die Enden zur Wunde herausgeleitet. Um das Abgleiten der Ligatur zu vermeiden, wurde zunächst beim Abtrennen der Niere das ganze Nierenbecken nebst einigen Partikelchen der Niere am Stumpf gelassen, sodann mit der Cooper'schen Schere der Stumpf zurechtgeschnitten, jodoformirt und versenkt. Nachdem die Wundhöhle mit leichter Karbollösung ausgespült und rein getupft war, wurde der obere und untere Wundwinkel durch die Naht geschlossen; in die Mitte wurde ein mächtiger Jodoformgazebausch eingelegt. Drains wurden nicht gebraucht.

Wir wenden dieselben überhaupt nicht mehr an, sondern ersetzen sie durch lange Streifen Jodoformgaze, welche in die Höhlenwunde, tamponirend, vorsichtig eingeführt werden.

Dauer der Operation 20 Minuten. Nach der Operation etwas Erbrechen, Urin per Katheter entleert, 350 ccm, blutig gefärbt, etwas Eiweiß. Temp. 37,4, Puls 100.

3. Juli. Temp. 37,5, Puls 100. Urin spontan, klar, 320 ccm, kein Eiweiß. Verbandwechsel, Wunde secernirt stark blutig, sieht gut aus. Neuer Jodoformstreifen eingelegt. Der ganze weitere Verlauf war vollständig fieberfrei. Erscheinungen, wie sie Simon beschreibt, wie Erbrechen, kalter Schweiß, Exaltationen sind nie beobachtet worden. Jeden zweiten Tag wurde der Verband gewechselt. Als die Sekretion geringer geworden war, wurden, um die Granulationen anzuregen, Kampherweineinlagen gemacht. Am 26. Tage konnte die lockere Ligatur leicht herausgezogen werden. Von da ab ging die Heilung rasch von statten. Pat. befindet sich vollkommen wohl. Eiweiß im Urin ist vom 2. Tage an nicht bemerkt worden.

Ich füge eine Tabelle über Temperatur, Harnmenge etc. bei.

---

[4] Archiv für Gynäkologie Bd. XVII.

| Datum | Temperatur und Puls Morgens | Abends | Harnmenge |
|---|---|---|---|
| 2 | 36,8 — 84 | 38,0 — 100 | 350 ccm |
| 3 | 37,5 — 100 | 37,5 — 108 | 320 » |
| 4 | 37,5 — 96 | 37,6 — 96 | 400 » |
| 5 | 37,8 — 104 | 37,6 — 108 | 450 » |
| 6 | 37,9 — 104 | 37,3 — 100 | 550 » |
| 7 | 36,9 — 100 | 37,4 — 104 | 550 » |
| 8 | 37,2 — 96 | 37,6 — 100 | 770 » |
| 9 | 37,1 — 88 | 37,3 — 92 | 700 » |
| 10 | 38,2 — 96 | 37,0 — 100 | 1500 » |
| 11 | 37,4 — 92 | 37,7 — 104 | 2000 » |
| 12 | 37,0 | 37,3 | 1330 » |
| 13 | 37,4 | 37,0 | 1510 » |
| 14 | 36,7 | 37,2 | 840 » |
| 15 | 36,9 | 37,4 | 1600 » |
| 16 | 36,9 | 37,1 | 1770 » |
| 17 | 37,1 | 37,0 | 1780 » |
| 18 | 36,8 | 37,2 | 2400 » |
| 19 | 36,6 | 37,2 | 2130 » |

Die makroskopische und mikroskopische Untersuchung ergab Folgendes:

Das Organ ist etwas vergrößert, hat glatte Oberfläche. Die Farbe ist im Allgemeinen eine graurothe; an einzelnen Stellen ziehen weißgelbe Streifen durch; zugleich finden sich auf der Oberfläche viele kleine circumscripte, weißgelbe Herdchen. Die Konsistenz ist an einzelnen Stellen etwas weich, besonders dort, wo die weißgelben Herde sitzen. Auf dem Durchschnitt ist die Niere in ihrer Zeichnung verwischt. Parallel den Pyramiden der Marksubstanz laufen weißgelbe Streifen fast durch die ganze Dicke der Niere. Zerstreut daneben liegen, sowohl in der Rinde als auch in der Marksubstanz bis hirsekorngroße, weißgelbe Herde. Die Nierenkelche wie das Nierenbecken sind weit, ihre Wandung erheblich verdickt und die Innenfläche mit dickflüssigem, zähen, gelblichen Eiter belegt.

Mikroskopisch: Schnitt in Alaunkarmin gefärbt. Vergrößerung 210. Die Struktur der Niere erheblich verändert. Einigermaßen noch deutliche Zeichnung wird nur stellenweise bemerkt. Im Großen und Ganzen ist das Epithel, sowohl das der Glomeruli als das der Harnkanälchen, stark fettig degenerirt. Ein großer Theil der Harnkanälchen ist angefüllt mit zerfallenen Epithelien. Im verdickten, interstitiellen Bindegewebe starke, diffuse, kleinzellige Infiltration. An den Stellen, welche den weißgelben Herden entsprechen, hat die kleinzellige Infiltration die Grenzen des Interstitiums überschritten und die Harnwege, dieselben gleichzeitig zerstörend, so überfluthet, dass nichts vom einstmaligen Parenchym zu sehen ist. Diese kleinzelligen Herde sind circumscript, ihr Centrum lässt kein scharfes Trennen der Elemente zu; dieselben sind zerfallen und bilden Klümpchen amorpher Massen. Hier und da sind noch Zellen von der Größe und Beschaffenheit der Eiterzellen zu finden. Dasselbe Verhalten, wie diese umschriebenen Herde, weisen auch die durchziehenden Streifen auf.

Die Anwesenheit von Mikrokokken ließ sich leicht nach der Gram'schen Methode konstatiren. Sie waren in großen Zügen längs der Gefäßbahnen anzutreffen und auch in den Abscessen zu finden. In einzelnen Glomerulischlingen ebenfalls Mikroorganismen nachzuweisen.

Es handelte sich also um eine frische Nephritis, welche wir auf die vielen Sondirungen des Ureters bezogen. Jedenfalls war, da bei diesen Versuchen eine strenge Antisepsis, wie bei Laparotomien, nicht für nöthig gehalten, eine Infektion und Verletzung des Ureters eingetreten. Der Umstand, dass die Veränderung in der Niere ganz frisch und dass dem Urin post operationem keine pathologischen Substrate beigemegt waren, beweisen diesen Zusammenhang. Pat. ist jetzt circa 6 Monate nach dem Eingriff völlig gesund.

2) Bertha Wolf, 25 Jahre alt, wurde am 17. April 1882 in die Klinik aufgenommen. Pat. befindet sich also $3^1/_2$ Jahre in Behandlung. Dieselbe hat 1mal entbunden am 2. Februar 1880, Forceps, Knabe todt, Geburtsdauer 24 Stunden. Im Wochenbett schwer erkrankt, oft Schüttelfrost und hohes Fieber. Erst acht Wochen post partum war Pat. im Stande, sich zu setzen, nach 3 Monaten zu gehen. Menstruirt war sie stets regelmäßig; 19 Wochen nach der Entbindung trat die Periode wieder ein, regelmäßig, aber schwach, 1 Tag anhaltend.

Bald nach der Entbindung trat unwillkürlicher Urinabgang ein; daneben aber konnte auch Urin spontan gelassen werden.

Befund: Kleine, kräftig gebaute, gesunde Person. Ganz geringes Erythem in der Umgebung der Genitalien.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Dist. spin. il. | 25 | cm | |
| Dist. crist. il. | 25 | » | |
| Baudelocque | 19 | » | |
| Conj. diag. | 10 | » | |
| Conj. vera | 8,5 | » | taxirt. |

Scheide sehr lang, glattwandig, ohne Narben. Ein eigentliches Scheidengewölbe ist nicht vorhanden, sondern das obere Ende der trichterförmig sich verengenden Scheide ist rechts an die Linea innominata circa am Ende des queren Durchmessers angewachsen. Dort fehlt eine Portio, nur fühlt man ganz hoch oben eine Härte, welche wohl als Portiostumpf zu deuten ist. Von der Scheide und den Bauchdecken aus ist ein Uterus nicht zu fühlen, wohl aber fühlt man ein Rudiment desselben ganz rechts vom Mastdarm aus.

Im Speculum wird Milch in die Harnblase injicirt; dieselbe bleibt zurück und kann spontan entleert werden, nichts tritt in die Vagina über. Dagegen tropft aus dem rechtsseitigen Trichter eine geringe Urinmenge ab. Dieser Trichter, welcher zur vaginalen Quelle des Urins führt, ist sehr lang und ganz schlaffwandig, so dass man wohl mit dem Finger eindringen, aber das Ende durch das Speculum nicht zu Gesicht bringen kann. Sondirungsversuche, die wiederholt gemacht wurden, ließen die Öffnung des Ureters nicht auffinden. Vielleicht öffnete sich der Ureter in das Uterussegment. Pat. menstruirt regelmäßig.

Diagnose: Uterus-Ureterfistel.

Um die Pat. von ihrem Leiden zu befreien, wurde beschlossen, zuerst eine künstliche Blasenscheidenfistel anzulegen und dann dicht darunter die Kolpokleisis zu machen. Zwar musste man sich sagen, dass der Urin beim Pressen leichter in die Scheide als in die Harnröhre laufen würde, weil an der Fistel kein Hindernis, an der Urethra ein Sphincter vorhanden war. Indessen kam es auf einen Versuch an. Möglich war es ja auch, dass bei starkem abdominellen Druck der vaginale und vesikale Urin als eine, gemeinsam unter dem durch Pressen verstärkten abdominellen Druck stehende, Flüssigkeit aus der Harnröhre ausgepresst werden würde.

Es würde zu weit führen, hier sämmtliche Operationen, um den genannten Zweck zu erreichen, zu beschreiben. 16mal wurde es versucht, die in der Kolpokleisis restirenden kleinen Öffnungen zu schließen, aber es gelang nicht auf die Dauer. Mehrmals war die Heilung gelungen. Der Urin träufelte durch ein Drainrohr ab, welches durch die Harnröhre und Fistel in die Vagina ging. Sobald der Drain am 6. oder 7. Tage bei völlig geheilter Kolpokleisis entfernt wurde, bekam Pat. heftige Schmerzen und Drängen, die Wunde wurde von einander getrennt und der Urin kam wieder aus einer kleinen Fistel in der Kolpokleisis heraus.

Da somit keine Heilung zu erzielen war, beschlossen wir die Niere zu exstirpiren.

Die Kolpokleisis wurde wieder eröffnet und die künstliche Blasenscheidenfistel geschlossen. Beides machte natürlich keine Schwierigkeiten. Der Zustand war nun derselbe, wie vor der ersten Operation.

Es kam jetzt darauf an, festzustellen, welcher Ureter der verletzte sei, um nicht etwa die falsche Niere zu exstirpiren. Im Speculum sah man die verheilte Blasenfistel fest geschlossen, auf der linken Seite war Alles normal, dagegen führte rechts ein langer Schlitz in die Tiefe. Die Portio war nach dieser Seite hin verzogen. Mit Sonden kam man wohl in die Tiefe, aber den Ureter zu katheterisiren gelang

nicht. Da jedoch es nicht leicht möglich war, dass der linke Ureter so weit nach rechts verzogen sein sollte und da rechts der tiefe Trichter bestand, so musste man auf eine rechtsseitige Ureterfistel schließen.

Am 31. Oktober 1885 wurde die Nephrektomie ausgeführt. Die Operation geschah in gleicher Weise wie bei dem ersten Fall. Unglücklicherweise war trotz des untergelegten Rollkissens der Zwischenraum zwischen 12. Rippe und Crista ilei so klein, dass der Schnitt nur 8 cm lang in der Haut gemacht werden konnte. Es war also unmöglich, mehr als 2 Finger mühsam in die Tiefe zu führen. Von dieser kleinen Öffnung aus konnte ein völliges Ausschälen der Niere aus dem Nierenfette nicht bewirkt werden. Desshalb wurde die Niere auf die hohe Kante gestellt und mit der unteren, von Fett befreiten Spitze voran aus der Wunde herausgedrückt. Die obere Hälfte war in Fett eingehüllt. Das Fett wurde an der Niere belassen, so dass die Ligatur nicht nur Ureter und Gefäße, sondern auch einen Theil des Nierenfettes ligirte. Die Wundhöhle wurde mit Jodoformgaze drainirt, resp. ausgestopft, der obere und untere Wundwinkel geschlossen.

Der Verlauf war in den ersten zwei Tagen ein guter. Pat. hatte keine Schmerzen, Urin spontan, 320—590 ccm; sie lag vollkommen trocken. Der Verband wurde zunächst wegen der Durchblutung täglich gewechselt. Da die Temperatur stieg, so wurde die Wundhöhle mit $2^1/_2$%iger Karbollösung ausgespült. Am 3. Tage klagte Pat. während der Irrigation plötzlich über heftige Schmerzen in der rechten Lumbargegend. Die Ausspülung wurde sofort sistirt und Opium verabreicht. Abends hatte sich auf beiden oberen Extremitäten und an einzelnen Stellen des Gesichts ein Exanthem gebildet, welches, da Pat. schon früher öfters an Erysipel gelitten, zunächst als ein solches angesprochen werden musste. Temperatur 38,5—39,1. Die Wunde blieb jetzt unberührt, theils hatte sich der Grund des Fiebers gefunden, theils secernirte die Wunde nicht, theils musste sie vor dem eventuellen Erysipel geschützt werden. Am folgenden Tage war das Erythem vollkommen verschwunden, Temperatur 38,4, Urinmenge 660 ccm. Die Schmerzen rechts bestanden noch, namentlich gegen Druck. Von da ab war der Verlauf ein guter. Am 16. Tage löste sich die Ligatur, so dass sie sich leicht entfernen ließ, die Höhle schloss sich nun schnell.

Die exstirpirte Niere erwies sich als vollkommen gesund.

Wie die beigefügte Tabelle zeigt, war der Verlauf nicht so glatt als im ersten Falle.

| Datum | Temperatur und Puls | | Harnmenge | |
|---|---|---|---|---|
| | Morgens | Abends | | |
| 1 | 37,7 — 88 | 38,2 — 100 | 320 ccm | Reaktion sauer, kein Albumen |
| 2 | 38,5 — 104 | 39,1 — 108 | 590 » | Urin flockig, starkes Sediment, kein Eiweiß, keine Cylinder |
| 3 | 38,9 — 104 | 38,5 — 120 | 690 » | Reaktion sauer, kein Albumen |
| 4 | 38,4 — 100 | 38,5 — 116 | 660 » | Urin trüb, kein Albumen |
| 5 | 37,8 — 96 | 38,1 — 100 | 550 » | » » » » |
| 6 | 37,8 — 104 | 37,8 — 84 | 620 » | » » » » |
| 7 | 37,1 — 96 | 38,5 — 96 | 570 » | » » » » |
| 8 | 37,4 — 104 | 38,0 — 96 | 770 » | Urin hell, » » |
| 9 | 38,5 — 84 | 37,8 — 84 | 650 » | » » » » |
| 10 | 37,9 — 76 | 38,5 — 116 | 550 » | » » » » |
| 11 | 36,9 — 84 | 37,1 — 84 | 490 » | » » » » |
| 12 | 36,6 — 76 | 37,7 — 92 | 250 » | » » » » |
| 13 | 36,9 — 72 | 37,1 — 72 | 190 » | » » » » |
| 14 | 36,9 — 76 | 37,6 — 76 | 310 » | » » » » |
| 15 | 36,8 — 76 | 37,5 — 76 | 520 » | » » » » |
| 16 | 36,7 — 74 | 37,0 — 80 | 930 » | » » » » |
| 17 | 36,9 — 72 | 37,5 — 72 | 1350 » | » » » » |
| 18 | 37,2 — 72 | 37,5 — 76 | 1920 » | » » » » |
| 19 | 36,6 — 76 | 37,6 — 84 | 1220 » | » » » » |
| 20 | 36,9 — 88 | 37,7 — 92 | 820 » | » » » » |
| 21 | 36,7 — 84 | 37,0 — 88 | 1000 » | » » » » |

Zu diesen beiden Fällen gestatte ich mir, einige Bemerkungen zu machen.

Was zunächst die Entstehung betrifft, so hat W. A. Freund früher die Angabe gemacht, dass Ureterfisteln wohl dann entstehen würden, wenn durch frühere Parametritis der Ureter an den Cervix herangezogen sei. Dann könne ein seitlicher Riss leicht den Ureter verletzen.

Ein derartiger Fall scheint unser erster zu sein. Wenigstens ist es doch ohne diese Annahme kaum verständlich, wie bei einer Multipara mit normalem Becken, ohne besondere, begünstigende, occasionelle Momente eine Ureterfistel hätte entstehen sollen.

Im zweiten Falle muss man gewiss die Kunsthilfe beschuldigen. Der Uterus war so fest an die rechte Beckenwand angewachsen, und so hoch nach oben dislocirt, dass jedenfalls hier eine ganz kolossale, bis an die Knochen reichende Verletzung stattgefunden hatte. Dann aber kann auch ohne vorhergehende Entzündung eine Fistel entstehen.

Es sind nun die verschiedensten Vorschläge zur Heilung solcher Fisteln gemacht worden.

Landau[5] hat folgendes Verfahren bei Ureterscheidenfistel empfohlen: in das obere Ende des Ureters wird von der Vagina aus ein langer, dünner, elastischer Katheter eingeführt, dessen unteres Ende in die Blase und von da durch die Urethra nach außen geführt wird. Dann sollte um den Katheter herum die Vaginalschleimhaut und die untere Harnleiterwand angefrischt und über dem Katheter vereinigt werden. Der Katheter bleibt einige Zeit liegen.

Bandl[6] hat wieder auf andere Weise operirt. Er schiebt einen Katheter in die Blase, legt eine künstliche Blasenfistel an und führt dann durch diese Fistel den Katheter in den Ureter ein. Dann wird über dem Katheter vereinigt. Das untere Ureterende bleibt unberücksichtigt. Auf diese Weise gelang es ihm, eine vollkommene Heilung zu erzielen. Nach einer Mittheilung an Prof. Fritsch ist die Pat. noch gesund.

Auf ähnliche Weise hat auch Schede eine Heilung erzielt. Auch seine Pat. ist gesund geblieben.

Indessen giebt es Fälle, wie die unsrigen, wo man auf diese Weise nicht verfahren kann. Dies würden namentlich solche Fälle sein, bei denen das obere Stück des Ureters weit nach oben in einen Trichter eingezogen ist. Kann man, wie im Fall Wolf, überhaupt nicht den Ureter sondiren, so ist die Methode der Plastik unmöglich. Und ist wie im ersten Fall das obere Ende so hoch gezogen, dass der künstliche Ureter ca. 8—9 cm hätte lang sein müssen, so wird die künstliche Bildung des Ureters nicht zu machen sein.

In den Fällen aber, wo der Ureter sich tief unten öffnet, z. B. in der Nähe des Cervix, und wo der Ureter zu sondiren ist, muss man die ungefährliche Plastik jedenfalls zunächst ausführen. Namentlich auch desshalb, weil Schede's und Bandl's Fälle dauernd geheilt sind.

Kann man aber nicht die Fistel in der ungefährlichen Weise schließen, so bleibt der Weg offen, den wir in unserem 2. Falle mehrfach versuchten. Dieser Weg ist jedenfalls nach so dauernden Misserfolgen nicht wieder zu betreten. Es bleibt also nichts übrig als die Nephrektomie.

Wie schon in der Einleitung bemerkt, ist die Nephrektomie wegen Harnleiterfisteln erst 12mal ausgeführt worden. Dies ist natürlich. Denn einerseits sind Ureterfisteln selten, andererseits wird man sich erst dann zur Entfernung eines gesunden Organs entschließen, wenn andere Methoden fehlgeschlagen.

Was nun die Methode anbetrifft, ob Lumbarschnitt oder Laparotomie, so wird man in solchen Fällen, wie die besprochenen, stets den Lumbarschnitt vorziehen. Die Niere ist ja nicht krankhaft vergrößert und der Zwischenraum zwischen der 12. Rippe und Crista ilei wird ein Herausholen der Niere stets zulassen. Allerdings kann man dabei auch auf Schwierigkeiten stoßen, wie in unserem zweiten

---

[5] Archiv für Gynäkologie Bd. VII.

[6] Archiv für Gynäkologie Bd. XVIII.

Fall, wo der Zwischenraum trotz der durch untergelegtes Kissen bewirkten stärkeren Spannung nur so groß war, dass der Operateur bloß 2 Finger in die Wunde einführen konnte. In solchen Fällen könnte man noch 1 cm vom Rande der Sacrolumbalis nach hinten einschneiden und den Muskel in der Wunde stark nach hinten drücken. Nach vorn zu wird der Raum immer kleiner, da Crista ilei und 12. Rippe nach vorn zu konvergiren. Die 12. Rippe zu reseciren ist wegen der Nähe der Pleura nicht möglich.

Das Herausholen der Niere ist nicht so schwierig und gefährlich wie es Simon beschrieb. Namentlich ist das Einführen der ganzen Hand und das Umfassen der Niere, wie es Hüter[7] verlangt, eben so überflüssig wie gefährlich. Simon warnte ausdrücklich, die Niere mit scharfen Instrumenten zu fassen, aus Furcht vor der starken Blutung. Auch wir wagten es nicht, Instrumente anzuwenden. Jedoch hat Bergmann[8] eine Niere stückweise ohne schlimme Ereignisse entfernt. Jedenfalls genügen 2 Finger, um die Niere mobil zu machen; ein ganz absolutes Freimachen ist, namentlich aber bei Raumbeschränkung, gar nicht nöthig. Wir halten es im Gegentheil für ganz vortheilhaft, eventuell das anhaftende Nierenfett mit abzubinden. Durch Zug am Fett wird keine Verletzung entstehen können. Eher reißt das Fett ein. Am besten schält man die Niere unten langsam heraus und zieht sie sodann vorsichtig hervor. Die untere Spitze der Niere gelangt zuerst in die Hautwunde. Durch Kompression von den Bauchdecken aus gegen die Nierengegend wird bei mageren Personen die Niere fast ohne Beihilfe hervorgleiten. Uns schien eine zufällige Brechbewegung im 2. Falle günstig zu wirken.

Um den Ureter und die Gefäße abzubinden genügt eine starke Ligatur, die nicht einmal eine elastische zu sein braucht. Die Enden der Seidenligatur lässt man lang heraushängen, um kontrolliren zu können, wann dieselbe sich gelockert hat.

Die Nachbehandlung sei so negativ wie möglich. Große Blutung kann nicht entstehen; sie würde sich auch schnell im Verband manifestiren. Da die Wundhöhle unter dem intra-abdominellen Druck steht, so wird — besonders bei Rückenlage — die Höhle durch den Druck zusammengepresst. Liegt noch ein Jodoformgazestreifen in der Höhle, so wird von Retention nicht die Rede sein können.

Nach 24 Stunden muss man den ersten Verband entfernen. Sodann aber kann der Verband, wenn kein Fieber vorhanden, 5—6 Tage liegen bleiben.

Ein Ausspülen der Wunde ist zwecklos, ja vielleicht gefährlich und schädlich. Eine große, starre Höhle ist nicht vorhanden. Der Wasserdruck könnte erst eine Höhle schaffen und Blutung herbeiführen, ja zu Loslösung des Peritoneum führen.

Bei der großen Ungefährlichkeit der Operation der Entfernung der Niere möchte ich desshalb rathen, bei Ureterfisteln, wenn ein direkter Schluss nicht zu erzielen ist, sich bald zur Nephrektomie zu entschließen.

---

## 1) **Simon Baruch** (New York). Die Behandlung der dritten Geburtsperiode.

(Amer. journ. of obstetr. 1885. April. p. 359.)

Verf. will seinen amerikanischen Kollegen ein Bild geben von dem Streite, welcher sich in den letzten Jahren über den Credé'schen Handgriff erhoben hat. Selbst ein enthusiastischer Anhänger der Methode, will er seine Landsleute aufrufen zum Kampfe für die gute Sache, damit eine der segensreichsten Errungenschaften der neueren Geburtshilfe nicht in Frage gestellt werde.

B. giebt in seinem Aufsatze eine treffliche, unparteiliche Darlegung der Sachlage, die wir als bekannt hier übergehen dürfen.

---

[7] Hüter, Grundriss der Chirurgie.

[8] Berliner klin. Wochenschrift No. 48.

Daran anknüpfend bespricht er auf Grund einer reichen praktischen Erfahrung verschiedene Punkte, welche der Aufmerksamkeit werth erscheinen. So macht er in erster Linie aufmerksam auf die Wichtigkeit der Individualisirung. Nicht alle Fälle sind nach derselben Schablone zu behandeln. Vier Punkte sind es, welche die Art der Behandlung wesentlich beeinflussen. Die sociale Stellung der Frau, der Verlauf der vorhergehenden Geburtsperioden; die Thatsache ob Chloroform angewandt wurde oder nicht; die Neigung zu Blutungen. Die sociale Stellung beeinflusst bekanntermaßen in hohem Grade der Verlauf der Geburt. Bei den kräftigen, arbeitenden Klassen ist die Eröffnungsperiode gewöhnlich nur von kurzer Dauer, während die zweite Geburtsperiode verhältnismäßig lang ist. Umgekehrt pflegt es sich im Allgemeinen mit den besser situirten Frauen zu verhalten. Hier dauert häufig die Eröffnungsperiode ungewöhnlich lang, während die Austreibungsperiode rasch und stürmisch verläuft und alle Kräfte der Kreißenden erschöpft. In der dritten Periode wird bei der ersten Klasse von Frauen die Placenta häufig durch die kräftigen Kontraktionen des nicht ermüdeten Uterus unmittelbar nach der Geburt des Kindes ausgestoßen, während bei den höheren Klassen der übermüdete Uterus der Ruhe bedarf. Diesen Verhältnissen entsprechend ist auch das Verhalten bei der Behandlung der dritten Geburtsperiode zu modificiren. Bei der ersteren Klasse von Frauen soll die erste starke Wehe nach Geburt des Kindes zur Anwendung des Handgriffes benutzt werden; bei letzteren soll man dem Uterus Zeit lassen zur Erholung, abwarten bis stärkere Kontraktionen zeigen, dass das Stadium der Erschöpfung vorüber ist; hier ist jedes Drücken und Reiben während der Pausen zwischen den schwachen Kontraktionen zu vermeiden.

Sind abgesehen von socialen Verhältnissen die ersten Geburtsperioden normal gewesen, so ist hierauf Rücksicht zu nehmen und die Behandlung der dritten demgemäß zu modificiren.

Auch die Thatsache, dass Chloroform angewandt wurde, modificirt in nicht geringem Grade die Behandlung, da durch die Anwendung derselben die Energie des Uterus in etwas reducirt ist. Es ist daher rathsam, die Narkose zu unterbrechen, sobald der Kopf im Einschneiden ist. Aber auch bei Anwendung dieser Vorsicht ist es nothwendig, den Uterus sorgfältig zu überwachen und dem Fundus mit der Hand zu folgen. Doppelt ist diese Vorsicht am Platze, wenn eine Neigung zu Blutungen besteht. Hier soll man sich nicht allein auf Credé's Methode verlassen. Die Hand muss dem Uterus folgen, während das Kind die Höhle desselben verlässt und muss denselben durch Reiben zu tonischen Kontraktionen anregen, bis eine starke Wehe auftritt, welche dann zur Entfernung der Placenta benutzt wird. Abwarten würde hier Gefahr bringen.

B. empfiehlt bei dem Credé'schen Handgriff einige Modifikationen. Die rechte aseptisch gemachte Hand befindet sich an der Vulva; sobald mit der linken der Druck auf den Uterus ausgeübt

wird, dringen zwei Finger der rechten in die Vulva ein, um das zu rasche Herabsteigen der Placenta zu verhindern. Die letztere wird dann mit der Hand umfasst und in der Vulva und theilweise der Scheide so lange zurückgehalten, bis der Uterus erschlafft. Dann wird sie langsam zurückgezogen, bis die Eihäute gespannt erscheinen. In dieser Lage wird die Placenta von dem Daumen und drei Fingern gehalten, während der Zeigefinger leicht auf die Eihäute an ihrer Anheftung an die Placenta drückt, bis der Uterus sie frei lässt und die ganze Masse herabgleitet. **Engelmann** (Kreuznach).

---

2) **Goodell.** Uterusdilatator.

(New York med. journ. 1885. September 19. p. 332.)

G. hat an seinem bekannten Uterusdilatator seichte Einkerbungen angebracht, welche das häufige Abgleiten des Instrumentes bei der Öffnung seiner Branchen verhindern sollen. Die Gewebe legen sich in diese Kerben hinein. In dem letzten Jahre hat G. 41mal, im Ganzen schon 209mal sein Instrument angewandt, ohne irgend je einen üblen Zufall zu erleben. Wenn dasselbe auch bis zu $2^1/_2$ Zoll geöffnet werden kann, begnügt er sich meist mit einer Dilatation bis 2 Zoll, indem er selbst bei dem Unternehmen, einen vorausgesetzten Polypen zu entfernen, den Finger gar nicht einführt sondern nur eine Zange, womit er ihn fasst und abdreht.

**Lühe** (Demmin).

---

## Kasuistik.

3) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 27. November 1885.

Vorsitzender: Herr Schröder, Schriftführer: A. Martin.

Die Gesellschaft erhebt sich zu Ehren des Andenkens ihres unlängst verstorbenen Mitgliedes, des Herrn Dr. Schnorr.

Als Mitglieder werden aufgenommen die Herren DDr. Palm — (Gr. Frankfurterstr. 68) vorgeschlagen von Herrn P. Ruge, Brohm — (Ritterstr. 103) vorgeschlagen von Herrn Flaischlen, Gesenius — (Puttkammerstr. 8) vorgeschlagen von Herrn Flaischlen und Löhlein, H. Kauffmann — (Neue Grünstr. 18) vorgeschlagen von A. Martin und Kauffmann sen.

I. Demonstration von Präparaten.

1) A. Martin zeigt ein Lithopädion. Die jetzt 52jährige Frau hat 2mal geboren. Im August 1872 cessirten die Menses, Pat. glaubte sich schwanger. Im Jahre 1873 wurde in der Poliklinik der Frauenklinik von dem Vortr. als Assistent die Diagnose auf Gravid. extra-uterina gestellt und das Kind lebend konstatirt. Pat. verweigerte die Operation, das Kind starb ab. Pat. wurde noch längere Zeit hindurch wegen chronischer Peritonitis behandelt. Mitte Nov. 1885 kam Pat., um nun von ihren jetzt rasch wachsenden Beschwerden sich operativ befreien zu lassen. Die Excision des Lithopädion selbst gelang ohne wesentliche Schwierigkeit, dasselbe lag ohne Eihäute, fast bis auf das Skelett macerirt und so versteinert, auf der rechten Niere. Schwieriger war die Entfernung eines die rechte Beckenhälfte ausfüllenden, allseitig verwachsenen Tumors, indem eine Pyosalpinx in einen im Infundibulum sitzenden Sack, dem wahrscheinlichen Sitz der Placenta und Eihäute,

aufgegangen war. Diese Höhle enthält keine deutlich erkennbaren Placentartheile. Die Rekonvalescenz ist typisch glatt verlaufen.

2) Herr Kretschmer: Die Präparate, die ich mir erlauben möchte Ihnen vorzulegen, stammen von der 40 Jahre alten Frau K., die vom 12. Jahre ab menstruirt ist, 8mal geboren, niemals abortirt hat. Am 15. August d. J. zog sie sich während eines Regengusses eine heftige Durchnässung und Erkältung zu und klagte von da ab über Unterleibsbeschwerden. Sie hatte regelmäßig ihr Unwohlsein gehabt, war frei von allen subjektiven Erscheinungen der Gravidität. Im September traten Blutungen auf, wegen deren sie Mitte September mich konsultirte. Sowohl die Heftigkeit der Blutung, wie der objektive Befund ließen keinen Zweifel, dass wir es mit der vorzeitigen Unterbrechung einer Schwangerschaft, mit einem Abort zu thun hatten. Da die Erweiterung des Cervikalkanals nach einigen Tagen nicht genügend war, erweiterte ich den Cervix durch Einlegen von Pressschwamm und konnte nun die Frucht entfernen, die vollständig faul und macerirt war und einem Alter von etwa 4 Monaten entsprach. Es fehlte die eine Hinterhauptschuppe, die Bauchhöhle war vollkommen geöffnet und nur bis auf die hintere Wand erhalten, es fehlte auch der rechte Unterschenkel, der gesondert folgte. Nicht sogleich aber folgte die Placenta und die noch fehlende Hinterhauptschuppe, die deutlich nach links vom inneren Muttermunde gefühlt werden konnte.

Meine Bemühungen, den Abort zu beenden, wurden unterbrochen durch die Anätzung der Vagina mittels reiner flüssiger Karbolsäure, die durch die Hebamme in ganz unaufgeklärter Weise geschah. Als die Schleimhaut der Scheide abgeschwollen und geheilt war, fühlte sich die Frau frei von Schmerzen, war seit über 8 Tagen ohne Blutung und der Abort war für sie eine abgethane Sache, wesshalb sie fernere Encheiresen ablehnte. Sie erholte sich bald, und besorgte ihre große Wirthschaft wie früher. Nach 6 Wochen traten die Menses in normaler Weise auf. Das Wohlbefinden dauerte, wie ich selbst mich überzeugte, weiter fort bis zum 25. November, an welchem Tage starke körperliche Anstrengung neue Schmerzen und neue Blutung veranlasste. Die Untersuchung ergab mäßige Blutung, der Uterus noch vergrößert, namentlich der Cervix stark kontrahirt, das Os ext. noch geschlossen. Am Morgen des 26. war sehr bedeutende Blutung unter Schmerzen eingetreten, und nun konnte ich die hoch in der Scheide liegende (nicht faule, sondern frisch aussehende und eine derbere Konsistenz zeigende) Placenta herausholen, neben der auch die fehlende Hinterhauptschuppe lag. Die Blutungen ließen auch jetzt noch nicht nach, Muttermund blieb weit geöffnet, hintere Lippe hing ganz schlaff herunter trotz aller angewandten Mittel. Die Frau wurde schwindlig und ohnmächtig. Da ich ohne jede Hilfe war, requirirte ich die Hilfe der Gebäranstalt, die mir durch Herrn Kollegen Stratz in freundlichster Weise zu Theil wurde. In Chloroformnarkose wurden noch einige fest mit der Gebärmutterwand verwachsene Placentarpolypen mittels des scharfen Löffels ausgekratzt, worauf der Uterus sich kontrahirte und die Blutung sistirte.

3) Herr Schröder demonstrirt den Uterus einer Frau, welche mit Carcinoma colli zur Entbindung gekommen war. Im Juli 1885 war an der Schwangeren ein Carcinom der Vaginalportion diagnosticirt worden. Erst vor Kurzem kam sie wieder und bot nun einen faustgroßen Tumor, der das Becken ausfüllte und in seiner Mitte den Cervikalkanal erkennen ließ. Die Infiltration reichte bis in den unteren Theil des Uteruskörpers. Bei der Starrheit der Neubildung musste eine Entbindung durch den Cervix als kaum denkbar erscheinen und da die Rettung der Frau durch irgend welche Operation des Carcinoms unwahrscheinlich war, wurde beschlossen, das Kind, bis es entschieden lebensfähig war, sich entwickeln zu lassen. Da traten 7 Wochen vor dem normalen Schwangerschaftsende Wehen ein. Ohne dass dieselben am Collum eine Veränderung bewirkt hatten, floss am anderen Tage das Fruchtwasser ab, es stellte sich Meconiumabgang ein, die Herztöne wurden undeutlich. Obwohl die Prognose für das Kind nur sehr ungünstig war, so erschien doch ein Versuch zu seiner Rettung geboten. Durch das Collum war es nicht möglich, die Frucht zu entwickeln, dieselbe war trotz der Wehenthätigkeit unverändert starr. Zudem ließ das inzwischen eingetretene Fieber der Kreißenden

auf Zersetzung der Sekrete schließen. Herr Schröder hat unter solchen Umständen die Frucht durch Sectio caesarea zu Tage gefördert. Das Kind kam tief asphyktisch zur Welt und konnte nicht belebt werden. Die Schnittwunde im Uterus blutete nicht, da das Corpus über einer Gummischlauchkonstriktion lag. Da weder der klassische Kaiserschnitt noch die Porro'sche Operation für die Mutter irgend einen Erfolg versprechen konnten, wurde dann die Freund'sche Operation ausgeführt. Die Anhänge wurden vorn und hinten schrittweise abgebunden, die zuführenden Gefäße isolirt versorgt. Die Blase riss bei der Ablösung ein, vielleicht in Folge vorgeschrittener Erweichung unter dem Einfluss der Geburtsarbeit. Zuletzt wurde der Uterus von der Scheide abgelöst, diese vernäht, eben so das Peritoneum. Die Blase wurde mit einem Katheter à demeure drainirt. Im Beckenbindegewebe war übrigens, wie die Sektion zeigte, ein kleiner Knoten zurückgelassen worden. Pat. erlag nach 5 Stunden an Peritonitis, in deren Sekret reichliche Streptokokken nachzuweisen waren.

II. Diskussion über den Vortrag des Herrn Cohn: Zur Frage der Operation bösartiger Eierstocksgeschwülste.

Herr P. Ruge. Durch seine interessanten und lehrreichen Auseinandersetzungen hat Herr Cohn zu beweisen gesucht, dass man selbst in den Fällen, in denen schon vor der Laparotomie eine bösartige Degeneration des Ovarialtumors angenommen werden müsse, doch noch ein Versuch der Ovariotomie gemacht werden solle. Herr Cohn möge sich darüber äußern, ob gerade für diese Fälle, in denen die Annahme einer bösartigen Degeneration schon vor der Operation so gut wie feststand, eine Statistik sich aus seinem Material aufstellen lasse. Gerade durch eine solche Statistik könnte die Nothwendigkeit der Operation selbst bei malignen Tumoren besser bewiesen werden, als wie Herr Cohn es gethan, durch eine Zusammenstellung sämmtlicher Ovarialcarcinomfälle, bei denen größtentheils post operationem erst Carcinom gefunden wurde.

Herr Ruge hat 4 Fälle aus seiner Praxis zur Verfügung, in denen er trotz der vorherigen Annahme von Malignität die Ovariotomie versuchte.

In dem 1. Falle wurde die Probeincision gemacht und nach einem geringen Versuch, die absolut adhärente Geschwulst abzulösen, die Bauchhöhle wieder geschlossen. Die Malignität wurde vorher angenommen wegen des hochgradigen Ascites, Härte der Geschwulst und Kachexie der Kranken. Die Kranke starb bald danach.

Im dem 2. Falle (Frau Schley) handelte es sich bei einer 51jährigen Pat. um einen bis in die Herzgrube reichenden soliden Tumor, bei dem wegen der enormen Schmerzen und der bereits eintretenden Kachexie Malignität angenommen wurde. Es wurde trotzdem (anno 1876) die Laparotomie gemacht und nach Art der damaligen Péan'schen Fibromoperation ein sehr großes Stück des carcinomatösen Ovarialtumors entfernt. Ein großer Rest wurde wegen untrennbarer Adhäsionen im Becken zurückgelassen, die etwa 2thalergroße Schnittfläche des Tumors in die Bauchwunde genäht und durch den Douglas drainirt. Bemerkenswerth ist in diesem Falle, dass trotz der unvollständigen Operation die enormen Schmerzen gänzlich aufhörten und ferner, dass die im Carcinom geführte Schnittfläche gänzlich vernarbte. Die Pat. erlag nach 5 Monaten.

Wegen des 3. Falles (Frau Lorenz, Psammocarcinom) kann ich auf die Arbeiten von Flaischlen und Cohn verweisen. Es handelte sich hier um eine wegen der Schmerzen und Kachexie schon vorher angenommene Malignität des Ovarialtumors bei einer 39jährigen Frau. Ascites hatte nicht bestanden. Nach der Ovariotomie erholte sich die Pat. sichtlich. Sie lebt jetzt 5 Jahre 8 Monate nach der Operation noch, hat allerdings seit einiger Zeit ein Recidiv.

Im 4. Falle (Frau Martiny) handelte es sich um eine 41jährige Person, bei der der hochgradige Ascites und die eigenthümliche Beschaffenheit der Geschwulst die Annahme der Malignität nahe legte. Es bestand eine multilokuläre Cyste, bei der zwischen den Cysten sehr feste Massen lagen, die in der That post operationem sich als Carcinom erwiesen. Die Pat. hatte, abgesehen von der Ausdehnung des Leibes, gar keine Beschwerden. Die Operation war schwierig, weil der Tumor im ganzen kleinen Becken adhärent und mit dem Uterus so fest verwachsen war,

dass Tumor und Uterus eine Masse bildete. Dazu kam, dass am Uterus mehrere taubeneigroße Cervixmyome bestanden. Es wurde der Tumor mit dem Uterus und seinen Myomen entfernt. Der Verlauf war gut. Die Pat. ist zur Zeit, 10 Monate nach der Operation, gesund.

Aus diesem allerdings kleinen Material geht ebenfalls die Aufforderung hervor, bei selbst vorher als bösartig erkannten Ovarialtumoren die Ovariotomie zu versuchen. Die Pat. halten sich gelegentlich Jahre lang, erholen sich (Lorenz), und werden in ihren Beschwerden doch erheblich gebessert (Schley).

Herr E. Cohn: Herrn P. Ruge's Äußerungen über die Diagnose, das Fehlen von als pathognomonisch erklärten Symptomen, stimmt mit meinen Resultaten überein.

Ein großer Theil unserer Tumoren wurde ohne die sichere Diagnose der Malignität operirt. Bei einer ganzen Anzahl dagegen war die Diagnose klar. Zahlen anzuführen ist nicht möglich, da sich in den älteren Krankengeschichten sehr häufig darüber keine Notizen finden. Je weniger entwickelt die Geschwulst ist, desto schwieriger wird natürlich die Diagnose in diesem Punkte sein.

A. Martin hat unter 191 Ovariotomien nur 9mal carcinomatöse Tumoren angetroffen, daneben 3mal Papillome und 3mal solche, bei denen gleichzeitige Peritonitis chron. myxomatosa bestand, also nicht ganz 5% Carcinome, und im Ganzen ca. 7% maligne Geschwülste. Er erklärt die Divergenz seiner Beobachtungen gegenüber den von Herrn Cohn citirten Schröder'schen dadurch, dass er schon seit 1877 die möglichst frühzeitige Exstirpation der Ovarialtumoren befürwortet (cf. Berl. klin. Wchschr. 1878 No. 10), da dieselben, je länger sie bestehen, um so mehr Disposition zu maligner Erkrankung erkennen lassen. Von den 9 Carcinomen der Ovarien und des Peritoneum erlagen 3 (1876, 1879, 1880) den Folgen der Operation, 3 (1880, 1882, 1885) gingen an dem fortschreitenden Carcinom innerhalb der nächsten 2 Monate zu Grunde, von den 3 übrigen lauteten die letzten Nachrichten noch günstig, aber nur eine bietet eine Beobachtung von über 2 Jahren. Von den 3 Papillomen hat eine nach ca. 2 Jahren noch gute Nachricht gegeben, eine ist nach $2^3/_4$ Jahren recidiv mit Carc. peritonei — lebt aber noch, die dritte hat augenscheinlich schon 3 Wochen post operationem ein Carc. peritonei — lebt auch z. Z. noch. Außer diesen Fällen hat A. Martin 18mal bei Carcinoma ovarii peritonei die Probeincision gemacht, 3mal die Probepunktion. Von diesen sind 2, die fast in extremis zur Erleichterung der verzweifelten Ausdehnung des Leibes operirt wurden, kurz danach gestorben, die anderen konnten zunächst erleichtert wieder entlassen werden. Dieses Resultat widerstreitet der in der Litteratur vielfach auzutreffenden Behauptung von der hohen Gefährlichkeit der Probeincision, wenigstens für die Carcinome: ja wenn man bedenkt, dass die Pat. durch die gründliche Entleerung ihres Ascites die Spannung ihres Leibes und die damit verbundenen Schmerzen verlieren, so muss in dieser Nothlage der probatorischen Incision eine gewisse Berechtigung vindicirt werden. Allerdings muss man da, wo die Unvollendbarkeit der Operation auch nur wahrscheinlich wird, sich mit der Eröffnung der Bauchhöhle begnügen, denn jeder weitergehende und doch vergebliche Versuch bringt allerdings große Gefahren, zumal die einer unvollkommenen Blutstillung der verletzten carcinomatösen Gewebe. So ist die oben erwähnte 1876 operirte Pat. zu Grunde gegangen und hat A. Martin seitdem es immer vorgezogen, ohne weitere Versuche eine Abtragung der Geschwulstmasse bei festgestellter Carcinose den Bauch zu schließen.

Herr Düvelius hatte 2mal Gelegenheit, in Vertretung des Herrn Dr. Martin die Laparotomie bei malignen Ovarialtumoren auszuführen. Im ersteren Falle handelte es sich um ein beiderseitiges Papillom des Ovarium. Trotzdem alles maligne Gewebe entfernt wurde und die Erkrankung des Peritoneum und die Drüsen nicht ergriffen zu haben schien, erkrankte die Pat. $3^1/_2$ Monat nach der Operation an einem Recidiv, dem sie 5 Monate nach der Operation erlag. Die Diagnose der Malignität der Geschwülste war vor der Operation gestellt worden.

In dem zweiten Falle wurde die Probeincision gemacht und nach Eröffnung der Bauchhöhle von der Operation Abstand genommen, weil sehr ausgedehnte Ver-

wachsungen bestanden zwischen den Gedärmen und der Geschwulst, und keine Aussicht vorhanden war, die bösartigen Gewebsmassen radikal zu entfernen. Der Eingriff wurde gut überstanden und Pat. starb erst $^3/_4$ Jahre nach Ausführung der Operation.

Herr Schröder hebt zunächst hervor, dass durchaus nicht alle von Herrn Cohn angeführten Fälle von Carcinom des Ovarium als solche vor der Operation diagnosticirt waren: ja bei vielen ist die Diagnose erst von Herrn C. Ruge unter dem Mikroskop festgestellt worden. Man werde überhaupt wohl nur selten sagen, dass man bei Ovarialcarcinom operiren wolle, denn wenn die Diagnose schon vor der Operation gestellt werden könne, sei es in der Regel zu spät. Die Diagnose muss als unmöglich betrachtet werden, wenn es sich um maligne Entartung von Cystomen handle, so lange dabei erst einzelne verdickte Stellen sich gebildet haben. Auch bei den papillären Formen, besonders wenn die Papillen auf der Innenfläche stehen, ist die Erkennung oft unmöglich; aber selbst wenn sie auf der Außenfläche stehen, entziehen sie sich leicht der Wahrnehmung. Sarkome dürften eher erkannt werden, wenn sie als große solide Tumoren bei jugendlichen Personen mit Ascites unter doppelseitiger Erkrankung sich fänden. Herr Schröder hat in der letzten Zeit nahezu alle Geschwülste operirt, die sich ihm vorgestellt haben und auch viel früher als vordem zur Operation gerathen. Eine andere Frage ist die, ob es möglich sein wird, alles Erkrankte zu entfernen? Darauf wird man rechnen dürfen, wenn Metastasen noch nicht nachweisbar sind. Verhängnisvoll ist der Nachweis von Knoten im Douglas'schen Raum oder im Netz, wie es bei großen Tumoren nicht häufig, häufiger bei kleinen möglich ist. Immerhin müsse man Angesichts der Möglichkeit der Täuschung die Operation versuchen. Aber auch bei wahrscheinlich nicht radikal zu operirenden Fällen räth Herr Schröder, die Laparotomie grundsätzlich zu machen, da sonst die Kranken zum vollen Bewusstsein ihrer Lage kommen und selbst schon durch das Ablassen des Ascites die Beschwerden auf einige Zeit verringert werden. Eine Explorativincision muss als ein ungefährlicher Eingriff erscheinen; sehr gefährlich sei dagegen eine unvollständige Operation, so dass davon nicht genug abgerathen werden könne.

---

## 4) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Paris.

Sitzung vom 12. Februar 1885.

(Annales de gynécol. 1885. März.)

Vorsitzender: Pajot.

I. M. Charpentier: Tumoren des Musc. sterno-cleido-mastoideus beim Neugeborenen.

Nach einer Übersicht über die bisher erschienenen Arbeiten, welche den gleichen Gegenstand behandeln, berichtet C. über 5 eigene Beobachtungen. In vier Fällen war die Zange angelegt worden und zwar 3mal bei hinten stehender kleiner Fontanelle, wobei künstliche Rotation ausgeführt wurde. Nur in einem Fall war der Tumor nach einer spontanen Geburt (ebenfalls Schädellage) aufgetreten. Das Erscheinen der Geschwulst schwankte vom 15. bis 55. Tage. Dreimal erfolgte vollständiges Verschwinden, einmal Eiterung, einmal Kontraktur. C. glaubt, dass ganz wesentlich dem starken Druck der Zange das Zustandekommen der Affektion zuzuschreiben sei; in allen 4 Fällen, in denen die Zange angelegt wurde, lag der Tumor auf der Seite, welche dem hinteren Zangenlöffel entsprach. Die nach spontanen Geburten erfolgenden Tumoren rechnet er zu einer anderen Gruppe.

In der Diskussion macht Pajot darauf aufmerksam, dass, falls man die Zangenapplikation für die Entstehung verantwortlich mache, es sich schwer erklären lasse, warum in dem einen Falle der Tumor früher, in dem anderen erheblich später auftrete.

II. M. Polaillon berichtet über einen erfolgreichen Fall von Ovariotomie bei Sarcoma ovarii.

Die 48jährige Pat., welche nie geboren hatte, bemerkte seit 3 Jahren An-

schwellung des Leibes, wesentlich der linken Seite und litt seit derselben Zeit an Metrorrhagien. Zweimal war Punktion gemacht worden, ohne dass sich Flüssigkeit entleert hatte.

Operation unter antiseptischen Kautelen, auch Spray. Längsschnitt in der Medianlinie von der Symphyse bis zum Nabel. Mehrere z. Th. sehr gefäßreiche Adhäsionen müssen unterbunden werden. Da sich der Tumor als solid erweist, also durch Punktion nicht verkleinert werden kann, muss der Schnitt über den Nabel hinaus verlängert werden, bevor der Tumor vor die Bauchwunde geleitet werden kann. Der dicke Stiel, welcher mit der linken Uteruskante zusammenhing, wurde, nachdem vergeblich versucht worden war, eine elastische Ligatur anzulegen, mit einer Drahtligatur abgeschnürt. Befestigung des Stiels im unteren Winkel der Bauchwunde. Listerverband. Am 2. Tage heftige Nachblutung aus dem Stiel; die Drahtligatur hatte nicht fest genug komprimirt. Applikation von Ferrum candens und Liqu. ferri blieb ohne Erfolg; erst nachdem nun eine elastische Ligatur angelegt war, stand die Blutung. Weiterer Verlauf ohne besondere Störung. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab Sarkom.

Terillon bemerkt, dass der Fall ein neuer Beleg sei für die Vorzüglichkeit der elastischen Ligatur. P. erwiedert, dass diese zwar ausgezeichnet für die Blutstillung sei, dagegen die Gefahr der Eiterung und Peritonitis vergrößere.

III. M. Polaillon theilt einen Fall von Perineoplastik mit.

Es handelte sich um eine 21jährige Frau, welche bei ihrer ersten Entbindung einen kompleten, hoch in das Rectum reichenden Dammdefekt acquirirt hatte und an vollkommener Incontinentia alvi litt. Es war bereits 3mal durch Perineorrhaphie und 6mal durch Kauterisation versucht worden, Heilung herbeizuführen. Da durch diese vergeblichen Versuche das Gewebe in eine harte Narbenmasse umgewandelt war, so war die nun vorgenommene Operation besonders schwierig. Diese wurde ausgeführt, nachdem für möglichste Ruhigstellung des Darmkanals gesorgt war. P. operirte nach einer der Langenbeck'schen ähnlichen Methode, nur machte er die Lappen breiter und dicker. Naht mit Drahtsuturen. Es trat Vereinigung ein, aber der Erfolg war nur ein theilweiser, indem die Pat. flüssigen Stuhlgang nicht zu halten vermochte; sie suchte daher durch Opium einen mäßigen Grad von Verstopfung zu erhalten. Außerdem erregte das Erheben der Schenkel Schmerzen in der Aftergegend.

Sitzung vom 12. März 1885.<br>(Ibid. 1885. April.)<br>Vorsitzender: Pajot.

I. M. Gallard schlägt der Gesellschaft vor, eine Kommission zur genauen Erforschung des Hermaphroditismus zu ernennen und begründet dies mit den Meinungsdifferenzen, welche über diesen Punkt noch herrschen. Zumal über die Frage, ob es einen wahren Hermaphroditismus gebe (d. h. Hoden und Ovarium bei demselben Individuum), seien die Akten noch nicht geschlossen. Nicht nur wissenschaftliches, sondern auch eminent praktisches Interesse biete eine genaue Erforschung, indem von einem richtigen Entscheid die ganze sociale Stellung eines Individuums abhängen könne.

Die Gesellschaft lehnt den Antrag ab, behält sich aber vor, gelegentlich konkreter Fälle die Angelegenheit genauerem Studium zu unterwerfen.

II. M. Bernutz: Uterines Erysipel und seine Ausbreitungen.

B. ist der Meinung, dass sich Erysipel am Uterus entwickeln und von hier aus sich sowohl abwärts durch die Vagina nach der äußeren Haut, als auch aufwärts durch die Tube nach dem Peritoneum fortpflanzen könne. Diese Ansicht glaubt er durch folgende 3 Fälle stützen zu können:

1) 7 Tage nach der normalen Entbindung heftiger Frost, lebhafter Schmerz im Gebiet der inneren Genitalien. Am folgenden Tag ist der Sitz dieser Schmerzen nicht mehr derselbe, sondern an den äußeren Theilen. Die kleinen Labien sind geschwollen, geröthet, empfindlich und am Damm hat sich charakteristisches Erysipel etablirt.

2) Ebenfalls am 7. Tage nach der normalen Entbindung Frost; es wird eine

Phlegmone des Lig. lat. diagnosticirt. Zwei Tage darauf Röthung der äußeren Genitalien, deutliches Erysipel der benachbarten Haut des Schenkels.

3) Pat. war wegen »hämorrhagischer Metritis« in das Hospital gekommen und hatte 7 Tage neben einer an Gesichtserysipel leidenden Kranken gelegen. Sie wurde unvollständig geheilt entlassen, kam aber nach 8 Tagen wieder, mit ausgesprochener Pelveoperitonitis, welche von einem Erysipel der Tube ausgegangen sein soll. Diese Diagnose wurde gestellt, als sich 5 Tage später Erysipel an verschiedenen Stellen der Haut zeigte.

In der sich anschließenden Diskussion wird die Frage über den Zusammenhang zwischen Erysipel und Puerperalfieber besprochen. Charpentier und Doléris sprechen sich für einen solchen Zusammenhang aus.

**Skutsch** (Jena).

## 5) **Deschamps.** Nicht syphilitische Ulcerationen der Vulva und Vagina.

(Archiv de tocolog. 1885. Januar, Februar, März.)

Der erste Abschnitt handelt über die Tuberkulose der Vulva und Vagina; ein vom Verf. beobachteter Fall von Genitaltuberkulose giebt demselben Veranlassung zu einer längeren Abhandlung über diese seltene Affektion; der Fall selbst ist kurz folgender: 25jähriges Dienstmädchen, deren Mutter an Mammacarcinom und deren zwei Schwestern an Lungenkrankheiten gestorben, kommt unter den Erscheinungen von Lungentuberkulose in die Behandlung D.'s; außer der Lungenaffektion zeigt dieselbe an der Dorsalfläche der rechten Hand, in der Gegend des Köpfchens des ersten Metakarpalknochens ein ca. 3 cm großes tuberkulöses Hautgeschwür, welches nur auf Druck empfindlich ist; die ganze linke kleine Labie, ein großer Theil der großen gleichseitigen und die rechte kleine sind von einem tuberkulösen Ulcus zum Theil zerstört, welches sich ein Stück an der hinteren Vaginalwand nach oben erstreckt; der Grund der Ulceration zeigte eine Menge kleiner tuberkulöser Knötchen. Beiderseitige Inguinaldrüsen indurirt. Tod nach $2^1/_2$ Monaten. Sowohl die mikroskopische Untersuchung des Vaginalulcus, so wie Impfungen mit dem Sekret desselben sichern die Diagnose auf Tuberkulose. Die Untersuchung auf Bacillen wurde nicht vorgenommen.

Auf Grund dieses und noch weiterer 13 aus der Litteratur gesammelten Fälle von Genitaltuberkulose geht Verf. auf die ätiologischen, symptomatischen und pathologisch-anatomischen Verhältnisse der Krankheit ein, die, so wie seine die Diagnose betreffenden Bemerkungen nichts Neues enthalten.

In dem zweiten Kapitel über primäres Epitheliom der Vulva handelnd, fügt er den 10 nur aus der französischen Litteratur gesammelten Fällen 2 selbst beobachtete an:

1) 34jährige Nullipara, welche seit dem 18. Jahre regelmäßig menstruirt worden war, klagte vor 4 Jahren über Jucken in der Vulvargegend; zwei kleine Pusteln an der Vulva, welche mit gleichzeitiger Psoriasis palmaris und plantaris einhergingen, werden unter Chloroform exstirpirt nnd nebenbei eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet. Zwei Jahre darauf ergiebt die Untersuchung ein Epitheliom der Vulva, welches sich auf die großen Labien, den unteren Theil der kleinen und auf das Orific. vaginae erstreckt; Infiltration der Inguinaldrüsen. Entfernung der erkrankten Partien mit dem Thermokauter und Exstirpation der Inguinaldrüsen; zwei Jahre darauf ein mandelgroßes Recidiv an dem Rest der rechten großen Schamlippe, welches sammt einer indurirten rechtsseitigen Inguinaldrüse exstirpirt wird. Seitdem ist Pat. recidivfrei und geht ihrer Beschäftigung (Schneiderin) wieder nach.

2) 75jährige Frau; 1mal spontan geboren; sonst stets gesund gewesen; Menopause seit 27 Jahren. Epitheliom der rechten großen und kleinen Labie, so wie der Clitoris, welches sich eine Strecke weit nach der Vagina hin fortsetzt; beiderseits die Inguinaldrüsen indurirt und vergrößert. Zwei Monate nach der Aufnahme geht Pat. an Entkräftung ohne Operation zu Grunde.

Auf Grund des ersten Falles neigt D. der Ansicht Hutchinson's zu, wonach

eine vorangegangene luetische Erkrankung gewissermaßen einen günstigen Boden für ein späteres Carcinomleiden abgebe.

Den Sitz betreffend, so kommt er auf Grund seiner gesammelten Fälle zu dem Resultat, dass die Infiltration meist am freien Rande der großen Schamlippe, besonders der linken, sich entwickelt und sich von da mit größerer Häufigkeit nach der Schleimhaut- als der Hautseite hin ausbreitet: auch die Clitoris ist ein bevorzugter Ausgangspunkt für obige Affektion.

Die Therapie betreffend, die ja nur eine operative sein muss, legt Verf., wie alle Operateure, ein Hauptgewicht auf die gleichzeitige Exstirpation der Lymphdrüsen und giebt der Abtragung der Geschwulst mit dem Galvano- resp. Thermokauter den Vorzug vor Entfernung mit schneidenden Instrumenten.

Als dritte seltene primäre Erkrankung der Vulva, resp. Vagina führt Verf. den »esthiomène de la vulve« auf; die Franzosen verstehen darunter den Lupus und während die Ansicht der meisten ihrer Autoren darauf hinaus geht, dass derselbe eine auf skrofulöser Basis sich entwickelnde Allgemeinaffektion darstelle, erklären die englischen Autoren denselben für ein rein lokales Leiden. Um darzuthun, dass es eigentlich keinen esthiomène de la vulve giebt und dass der Name Lupus ebenfalls aus der Wissenschaft verbannt werden müsste, führt Verf. 3 Fälle aus der französischen Litteratur an, in welchen sich der scheinbare Lupus der Vulva als Epitheliom, als Vulvatuberkulose und als tertiäre Syphilis zeigte. Nach seiner Ansicht giebt es, wie gesagt, keinen Lupus vulvae und bei genauer anatomischer Untersuchung würde man in jedem derartigen Falle die Diagnose nicht auf Epitheliom, Syphilis, Tuberkulose und Elephantiasis stellen können.

**Menzel** (Görlitz).

### 6) **Dobronrawow** (Moskau). Noch zwei Fälle nicht operativer Heilung der durch Uterusfibrome hervorgerufenen Leiden.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1884. No. 39.)

1) 45jährige Frau, 13mal geboren. Seit $3^1/_2$ Jahren Menorrhagien, hochgradig anämisch, abgemagert, Ödeme der unteren Extremitäten, Athemnoth. Fibrom, welches aus dem Fundus und der rechten Seitenwand des Uterus entspringt. Länge der Höhle 5 Zoll, Fundus 2 Querfinger oberhalb des Nabels. Ergotininjektionen 1 : 10 Glycerin jeden Tag. Alle 2 Tage intra-uterine Injektion von Tinct. Jodi und Tinct. opii simpl. āā 1 auf 30 Glycerin eine Braun'sche Spritze voll. Innerlich Liqu. ferri sesquichl. 2—7 Tropfen steigend, 3mal täglich. Zur Zeit der Menses Einspritzungen mit Wasser und Essig und alle 3 Stunden ein Tampon mit Glycerin in die Scheide. Einen Monat nach der Kur stand der Fundus $1^1/_2$ Finger breit unterhalb des Nabels; Pat. erholte sich sichtlich.

2) 36jährige Nullipara. Seit 7 Jahren Menorrhagien. Seit 2 Jahren Urinbeschwerden. Fibromyom von der vorderen Wand ausgehend und mit der großen Hälfte in die Bauchhöhle hineinragend. Länge der Uterushöhle $3^1/_2$ Zoll, Fundus mit der Geschwulst 3 Querfinger über dem Nabel. Behandlung wie der vorige Fall. Nach 6 Wochen Verkleinerung und Festerwerden der Geschwulst. Beschwerden bedeutend geringer, Menses viel geringer. **Schellenberg** (Leipzig).

### 7) **Lowell.** Was wird aus intraperitonealen Ligaturen?

(Boston med. and surg. journ. 1885. Oktober 1. p. 318.)

L. hatte Gelegenheit, bei einer Frau, welche von ihm im Januar ovariotomirt worden, dann aber im Mai an Phthisis pulmonum gestorben war, sich von dem Schicksal der um den Stiel gelegten und versenkten Ligatur zu überzeugen. Weder am Stumpf noch sonst wo in der Bauchhöhle konnte die geringste Spur davon entdeckt werden. Wie es scheint, war Seide benutzt worden.

**Lühe** (Demmin).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**Nº. 2.** **Sonnabend, den 9. Januar.** **1886.**



## Zur Behandlung der Uterusinversionen.

Von
Privatdocent Dr. **G. Krukenberg**,
I. Assistenzarzt an der gynäkologischen Klinik zu Bonn.

Noch immer wird von Zeit zu Zeit über Uterusinversionen berichtet, bei welchen jeder Reïnversionsversuch fehlschlug und schließlich zur Operation geschritten werden musste, oder bei welchen die Reïnversion zwar gelang, aber erst nach sehr langdauernder, nicht selten von Fieber begleiteter Anwendung des Kolpeurynters. Sicherlich ist der Grund hierfür zu einem Theile in der Individualität des Falles zu suchen; dass indessen auch gewisse Mängel der gebräuchlichen Reïnversionsmethoden hierfür in Betracht kommen, ergab sich mir bei Behandlung einer Pat. mit veralteter Inversion des Uterus.

Die betreffende 26jährige Frau hatte am 22. November 1884 zum zweiten Male geboren und war gleich nach der Geburt des Kindes von einer starken Blutung mit nachfolgender Ohnmacht befallen worden, so dass sie über den Verlauf der Nachgeburtsperiode nichts anzugeben weiß. Bei anhaltender Blutung wurde am 3. Tage von der Hebamme ein abnormer Tumor in der Scheide konstatirt, welcher am 5. Tage bei der Defäkation vor die Vulva trat, vom hinzugezogenen Arzte jedoch sofort in die Vagina reponirt und durch ein Zwanck'sches Pessar dauernd zurückgehalten wurde. Nachdem die Blutung bis zum 7. Tage angehalten hatte, cessirte sie bis zur 7. Woche nahezu vollständig, um dann mit Pausen von 8—14 Tagen ziemlich

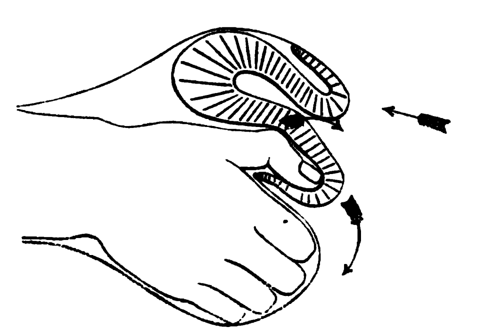
profus wiederzukehren. Nach $^1/_4$ Jahre wurde das Pessar entfernt, der Tumor trat auch jetzt niemals wieder zu Tage, musste aber bei der Defäkation manuell zurückgehalten werden.

Am 12. November 1885, also nahezu 1 Jahr nach der Entbindung, fand Pat. Aufnahme in der gynäkologischen Klinik zu Bonn. Es bestand eine vollständige Inversion des Uterus und zwar war, obgleich der Uterus völlig in der Scheide lag, auch der Cervikalkanal vollständig invertirt und bildete einen dünnen harten Stiel; die Inversion war also weitgehender als gewöhnlich. Leichte Unebenheiten rechts und besonders links am oberen Ende des Stieles markirten den äußeren Muttermund. Der Uteruskörper war etwas verdickt, zeigte einzelne Ulcerationen und blutete leicht; zog man ihn an, so invertirte sich auch der obere Theil der Scheide.

Nachdem Pat. chloroformirt war, wurden in vorsichtiger Weise die verschiedenen Reïnversionsversuche vorgenommen (Kiwisch-Sims, Emmet, Schröder), doch gelang es hierbei nicht einmal den Cervikalkanal zu reïnvertiren. Sehr bald wurden desshalb diese Versuche aufgegeben und nach Desinfektion der Scheide und Jodoformbestäubung des Uterus ein Kolpeurynter eingelegt und mit Wasser aufgebläht (Mittags 1 Uhr). Nach einer Stunde hatte die Spannung des Kolpeurynters, ohne dass Flüssigkeit ausgeflossen war, nachgelassen; offenbar hatte sich die Scheide so weit gedehnt, dass Druck und Gegendruck jetzt geringer waren. Desshalb wurde der Kolpeurynter nunmehr mit dem Inhalt eines hochgestellten Irrigators nach Öffnung der Hähne in dauernde Kommunikation gesetzt. Der gewählte Wasserdruck betrug 130—150 cm. Dies hatte einmal zur Folge, dass Pat. anhaltend stärker ziehende Schmerzen im Leibe empfand, sodann aber, dass sie den Urin nicht entleeren konnte. In der Voraussetzung, dass der Kolpeurynter noch mehrere Tage hindurch erforderlich sein werde, wurde desshalb die Harnblase mittels Gummischlauches drainirt. Am anderen Morgen (13. Nov.) ergab die Untersuchung nach vorübergehender Entfernung des Kolpeurynters, dass der Uterus weicher geworden war und der untere Theil des Cervikalkanals sich erweitert hatte. An diesem wie an dem vorhergehenden Abend erhielt Pat. zur Milderung der Schmerzen Morphium. Am folgenden Morgen (14. Nov.) wurde sie zum zweiten Male chloroformirt. Der Cervikalkanal war jetzt stark erweitert, die Gegend des inneren Muttermundes noch sehr eng. Von Neuem wurden die früheren Repositionsversuche vorgenommen, doch hatte auch diesmal weder die Anwendung der ganzen Hand noch die Anwendung einzelner Finger irgend welchen Erfolg, auch nicht unter Beihilfe von Hakenzangen, deren eine, wie es schon bei dem früheren Versuche der Fall war und wie es auch von anderen Autoren berichtet wird, sehr bald ausriss. Ich ging nunmehr, zur Rechten der Pat. stehend, mit dem Daumen der rechten Hand in die linke Hälfte des Cervikalkanals ein, fasste die obere Cervikalpartie zwischen Zeigefinger und Daumen, drängte dieselbe nach oben

und außen und den Daumen beugend, die nächste Partie des Fundus in den so gedehnten Einschnürungsring (cf. Figur). Indem so successive immer höher gelegene Theile der linken Uteruswand reponirt wurden, gelang die Reïnversion mit Leichtigkeit. Die andere Hand war dabei von den Bauchdecken her behilflich. Der Uterus wurde desinficirt und nach der von Fritsch angegebenen Methode mit Jodoformgazestreifen ausgestopft. Am Abend betrug die Temperatur 38,2, weiterhin normale Temperaturen. Am 17. November wurde die Jodoformgaze aus dem Uterus entfernt. Unter Gebrauch von Ergotin verengte sich der Uterus, der Cervikalkanal wurde für den Finger undurchgängig (26. Nov.), der Uteruskörper lag, wie zu erwarten war, retroflektirt. Da Beschwerden fehlten und die kurze Vaginalportion der versuchten Pessarbehandlung ungünstig war, so wurde von einer solchen Abstand genommen und Pat. am 5. Dec. gesund entlassen.

Das in diesem Falle zur Anwendung gebrachte Verfahren unterscheidet sich von dem sonst üblichen zunächst durch die Anwendung eines konstanten Wasserdruckes zur Aufblähung des Kolpeurynters, wodurch dessen Wirksamkeit, die ja im Wesentlichen in einer Dehnung des Cervikalkanals besteht, nach Belieben regulirt und besonders auch gesteigert werden kann. So unangebracht forcirte Repositionsversuche sind, so erwünscht muss es andererseits sein, die Wirkung des Kolpeurynters so weit zu erhöhen, dass es — ohne zu schaden — möglichst schnell die Entfaltung



des Cervikalkanales herbeiführt; sonst wird sich bei dem meist mit nekrotischen Fetzen bedeckten Uterus Resorptionsfieber kaum vermeiden lassen. Bei Anwendung eines hohen Druckes ist dann allerdings eine künstliche Entleerung der Harnblase erforderlich. Sodann weicht das von Erfolg begleitete manuelle Repositionsverfahren von dem üblichen ab. Es gestattet besser den einschnürenden Ring zu dehnen und dabei gleichzeitig den Uterus von der Stelle aus, welche schon Sims als die günstigste bezeichnet hat, zu reïnvertiren, so dass niemals 3 Ringe der Uterussubstanz in einander zu stehen kommen (Schultze).

Endlich dürfte die vorübergehende Tamponade der Uterushöhle mit Jodoformgazestreifen nach Fritsch, deren günstige antiseptische Wirkung ich auch sonst erprobt habe, die Gefahr des Fiebers und einer neuen Umstülpung beseitigen.

---

1) **Runge** (Dorpat). Die Krankheiten der ersten Lebenstage.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1885.

Das kleine Buch des Verf.s entspricht einem schon längst gefühlten Bedürfnis, eine übersichtliche Darstellung der hauptsächlichsten Krankheiten der Neugeborenen, welche bisher in den verschiedenen Lehrbüchern in mangelhafter Kürze abgehandelt wurden, zu besitzen.

Klarheit und Kürze der Darstellung, trefflich illustrirt durch werthvolle pathologisch-anatomische Untersuchungen, zeichnen das Buch besonders aus und machen es nicht nur zu einem gediegenen Berather des praktischen und namentlich auch des Gerichtsarztes, sondern geben auch mannigfache Anregung zu weiteren Forschungen, welche gerade hier in umfangreicher Weise noch nöthig sind.

Die Aufgabe des Ref. kann nicht darin bestehen, den Inhalt des Buches genau anzugeben und mögen folgende Umrisse nur dazu dienen, eine ungefähre Vorstellung von dem Werthe desselben zu erwecken.

I. Kap. Die Asphyxie der Neugeborenen.

Aus der vorausgeschickten physiologischen Einleitung mag hervorgehoben werden, dass sich R. ganz und voll zur Schwartzschen Theorie über die Ursache des 1. Athemzuges bekennt und zu Gunsten derselben eine Lanze bricht gegen Preyer, der bekanntlich Hautreize als das primum movens der post partum beginnenden Lungenathmung ansieht. Nach R. hat Preyer durch seine Experimente den Nachweis nicht erbracht, »dass die von ihm durch den Bauchuterusschnitt freigelegten Föten sich vor Applikation des Reizes noch im Zustande der normalen Apnoe befanden und die entgegenstehende Behauptung, dass dieselben wegen nothwendiger Lösung der Placenta nach Austritt des Kopfes bereits leicht asphyktisch sind, nicht entkräftet«.

Die von Porak gemachte Beobachtung, dass Meconiumabgang bei Kopflagen nach Verabreichung von Chinin an die Gebärende öfters vorkomme, ohne dass ein asphyktisches Kind geboren werde, wird an der Hand einer größeren Untersuchungsreihe bestätigt.

Die Besprechung der Ätiologie und Diagnostik der intrauterinen Asphyxie bietet keine wesentlich neuen Gesichtspunkte.

Beherzigenswerth ist für den Gerichtsarzt bei der Aufzählung der Sektionsbefunde die Erwähnung der Thatsache, dass auch bei in Folge von Asphyxie erfolgtem intra-uterinem Fruchttode der Darm prall mit Meconium gefüllt und die Lungen partiell lufthaltig sein können. Mit Rücksicht auf ihre große praktische Bedeutung sowohl in Bezug auf Prognose als auf Therapie beschreibt R. genau die Symptome der leichten und schweren Asphyxie, deren Kapitalunterschied bekanntlich in dem verschiedenen Verhalten der Reflexerregbarkeit und des Muskeltonus besteht, welche dort erhalten, hier erloschen sind.

Die Diagnose, ob erster oder zweiter Grad von Asphyxie vorhanden, wird rasch und sicher gestellt, wenn man behufs Entfernung von etwa vorhandenem Schleim den kleinen Finger in den Rachen des Kindes einführt. Reagirt das Kind auf diesen Reiz durch Schluck- und Würgbewegungen, so besteht Asphyxie I., reagirt es nicht, II. Grades. Dort werden Athembewegungen durch Applikation von Hautreizen, hier durch Schultze'sche Schwingungen bewerkstelligt. Letztere werden übrigens von R. auch anstatt der Katheterisation der Luftwege behufs Schleimentfernung warm empfohlen. Von allen anderen mit der Schultze'schen konkurrirenden Methoden ist abzusehen, weil ein Vergleich derselben mit ersterer immer zu Gunsten der Schultze'schen Schwingungen ausfällt. Der größte Vorwurf, der denselben vielleicht gemacht werden kann, besteht darin, dass sie gut gelernt und ausgeführt sein müssen, sollen sie den gewünschten Effekt haben und führt R. desshalb noch besonders die Punkte an, welche behufs effektvollerer Ausübung von Wichtigkeit sind. Ein Ausbleiben des Effektes trotz Berücksichtigung aller Kautelen wird fast ausschließlich bei unreifen, selten bei reifen Kindern beobachtet. Am Schlusse des Abschnittes wird darauf hingewiesen, dass die Schultze'schen Schwingungen dadurch forensische Bedeutung gewinnen, dass man die Lungen todtgeborener Kinder mit Luft füllen kann.

Aus dem Kapitel der nach der Geburt erworbenen Asphyxie mag in Bezug auf die Sektionsbefunde hervorgehoben werden, dass Pneumonie als Komplikation der Atelektase nach R. relativ selten angetroffen wird und dass derartige Angaben meist auf Verwechslung beruhen, vor der man sich namentlich auch durch Lufteinblasen in den zur suspekten Stelle führenden Bronchus schützen kann.

Schultze'sche Schwingungen sollen bei unreifen Kindern mit mangelhafter Respiration erst nach vorsichtiger Trachealkatheterisation versucht werden. Die Hauptsache ist einen Rückfall in die fürs erste beseitigte Asphyxie durch Applikation von Hautreizen, Stimulirung zum Essen, Wärmezufuhr zu verhüten.

II. Kap. Die Krankheiten der Nabelwunde.

Aus der anatomisch-physiologischen Einleitung mag sich der Gerichtsarzt besonders die Betonung des Umstandes beherzigen, dass die Mumifikation des Nabelschnurrestes kein Akt der Vitalität ist, sondern unabhängig vom Leben des Kindes vor sich geht.

Ob die Zeit der Abnabelung von erheblicher Bedeutung für das Gedeihen und die Resistenzfähigkeit des Kindes ist, ist nach R.'s Ansicht noch nicht entschieden. Doch spricht sowohl ein theoretisches Raisonnement als die praktische Erfahrung dafür, dass der beste Zeitpunkt zur Unterbindung der Nabelschnur gekommen ist, wenn die Pulsation in derselben erloschen, resp. wenn die Nabelvene kollabirt ist.

Die alte Eintheilung der abnormen Vorgänge bei der Wundheilung des Nabels hat nach R. etwas Gezwungenes. Das Punctum saliens liegt nach ihm in der Frage: ist die Wunde inficirt oder nicht? Heilt die Nabelwunde nach Abfall des Nabelschnurrestes, gleichgültig ob langsam oder schnell, ohne dass die physiologisch bestehende Entzündung zunimmt, so hält sich der Verlauf im Bereich der Norm. In der Mehrzahl der Fälle von stärkerer Entzündung werden wir auf ein inficirendes Agens rekurriren müssen. Es ist demnach jede nach Abfall des Nabels intensiver auftretende Entzündung eine beachtenswerthe Erscheinung und bedarf das sich dann meist vorfindende Ulcus einer sorgfältigen antiseptischen Behandlung. (Salicylsäure-Amylum-Streupulver.)

Nach Besprechung des Fungus umbilici, der Omphalitis (bei welcher es sich um eine Infiltration der den Nabel umgebenden Bauchdecken handelt und die desshalb, wenn einigermaßen ausgebildet, als lebensgefährliche Erkrankung aufzufassen ist) und nach Beschreibung der Nabelgangrän folgt das interessante Kapitel über Nabelgefäßerkrankungen. Von Wichtigkeit für das Verständnis des ganzen Krankheitsprocesses ist der besonders betonte Umstand, dass jede Arteriitis und Phlebitis umbilicalis als Periarteriitis resp. Periphlebitis beginnt. Als die häufigste und bedeutungsvollste der zum Tode führenden Nabelaffektionen stellt R. im Gegensatz zu anderen Autoren die Arteriitis hin und erklärt sich deren Überwiegen aus der stärkeren Entwicklung des Bindegewebsringes um die Arterien. Unter 55 Sektionen nabelkranker Kinder konstatirte er 54mal Arteriitis und zwar 22mal in Verbindung mit Pneumonie, 16mal mit anderen evident septischen Komplikationen; nur 1mal bestand Phlebitis und zwar bei gleichzeitig bestehender Arteriitis. Die nach Birch-Hirschfeld öfters vorkommenden Veränderungen an den Lebergefäßen, woraus der Schluss gezogen wurde, dass die Vene Eingangspforte septischen Giftes sei, konnte R. in keinem seiner Fälle nachweisen. Aus der R.'schen Tabelle geht ferner hervor, dass die Hauptvorgänge bei der Arteriitis sich nicht in der Bauchhöhle sondern in den Lungen abspielen. Im Weiteren ist es R. niemals gelungen eine Verbreitung des phlegmonösen Processes bis über die Umbiegungsstelle der Nabelarterien in der Blasengegend hinaus zu verfolgen. Meist hörte hier die Erkrankung scharf abgeschnitten auf. Selbstverständlich fällt mit diesen Befunden und deren einfachster Deutung die Buhl'sche Theorie von der »puerperalen« intra-uterinen Infektion zu Gunsten der Annahme einer extra-uterin acquirirten Nabelinfektion, die ihr Analogon findet in der puerperalen Parametritis.

Puncto Symptomatologie macht R. besonders auf das häufige Fehlen ausgesprochener Symptome aufmerksam und auf die Unzulänglichkeit der von Widerhofer, Bednar und Henning diagnostisch verwertheten Punkte.

Die Prognose der Arteriitis fasst R. in folgenden Sätzen zu-

sammen: Unreife Kinder, welche an Arteriitis erkrankt sind, sterben fast stets; bei reifen ist Heilung möglich. Dass vorzugsweise unreife Kinder von der Affektion befallen werden, geht aus den von R. secirten Fällen hervor: es betrafen 42% unreife Kinder.

Neben den gewöhnlichen bekannten ätiologischen Momenten, welche zur Infektion führen, macht R. noch besonders aufmerksam auf die Gefahr der Ansteckung durch ophthalmo-blennorrhoisches Sekret, einen Faktor, der sich durch klinische Beobachtung mehrfach beweisen ließ.

Bei der Therapie spielen selbstverständlich die Prophylaxe eine Hauptrolle und giebt R. bei der Besprechung der Nabelverbände allen jenen den Vorzug, welche die Mumificirung des Nabelschnurrestes am schnellsten befördern. Der nun folgenden Schilderung der Phlebitis umbilicalis mag der bereits oben erwähnte Umstand entnommen werden, dass dieselbe an Häufigkeit der Arteriitis weit nachsteht, dass sich die Erkrankung meist auf den ganzen Verlauf der Vene erstreckt, dass der Symptomenkomplex besser ausgeprägt ist als bei der Arteriitis und dass der Ausgang meist letal ist. —

Ein weiterer wichtiger Abschnitt der Nabelerkrankungen bezieht sich auf die Nabelblutungen, welche eingetheilt werden in Blutungen aus den Nabelschnurgefäßen vor und nach Abfall des Nabelschnurrestes und solche aus der Nabelwunde. Als ätiologische Momente für letztere werden aufgezählt: Hämophilie, Syphilis congenita, Sepsis und akute Fettdegeneration.

III. Kap. Die akute Fettdegeneration der Neugeborenen.

R., dem 2 eigene Beobachtungen zur Verfügung stehen, stimmt in Bezug auf das Wesen dieser Affektion mit Buhl überein, giebt indess dem Gedanken Raum, dass bei vielen Fällen fettiger Degeneration der Neugeborenen eine septische Erkrankung, speciell eine Nabelerkrankung übersehen worden sei.

IV. Kap. Die Winckel'sche Krankheit.

Das Wesen dieser Krankheit erscheint trotz aller herbeigezogener Erklärungsversuche zur Zeit noch dunkel und unaufgeklärt.

V. Kap. Das sogenannte Puerperalfieber der Neugeborenen.

Wer vor dem Studium des R.'schen Buches noch geneigt war, die Puerperalinfektion der Neugeborenen als eine Affektion sui generis aufzufassen, wird zweifelsohne durch diesen Abschnitt, der durch klare bündige Darstellung, unanfechtbare Kritik des vorliegenden Materials und scharfe Beweisführung besonders fesselt, zur Ansicht bekehrt, dass das Puerperalfieber der Neugeborenen nichts weniger und nichts mehr ist als eine septische Wundkrankheit. Zur Evidenz ergiebt sich aus der Darstellung R.s, dass die placentare Infektion, die durch Aspiration fauliger Sekrete, zwar

als wahrscheinliche, jedenfalls aber als höchst seltene Ereignisse, die Luftinfektion aber als durchaus hypothetischer Natur zu betrachten sind. Eben so ist der strikte Beweis, dass auch durch die Milch Infektion erfolgen kann, bisher nicht geleistet worden. Völlig in den Schatten gestellt wird die Bedeutung dieser Möglichkeiten durch die Gefahr der septischen Infektion nach der Geburt durch äußere Wunden und muss als häufigste Eintrittspforte der Nabel angesehen werden, während Fälle von Sepsis, die auf dem Wege der Schleimhäute acquirirt sind, unter gewöhnlichen Verhältnissen zu den seltensten Ereignissen gehören. Bei keiner septischen Erkrankung der Neugeborenen ist daher eine Untersuchung des perivaskulären Bindegewebes der Nabelgefäße zu versäumen. Eine vernarbte Nabelwunde schließt eine Nabelgefäßerkrankung nicht aus; eben so lässt sich nach Anologie der foudroyanten Fälle von Sepsis die Möglichkeit einer Nabelinfektion nicht ohne Weiteres von der Hand weisen, wo nachweisbare Veränderungen an den Gefäßen und deren Umgebung fehlen.

VI. Kap. Der Ikterus.

Nach dem Vorschlage von Violet in seiner unter R.'s Auspicien verfassten Berliner Dissertation theilt Verf. den Ikterus ein in Icterus neogonorum und Icterus ad neogonum. Ersterer Name bezieht sich auf den sog. physiologischen, letzterer auf den symptomatischen Ikterus. Nach Namhaftmachung der Momente, welche letzteren bedingen, wendet sich R. speciell zum ersteren.

Nicht einverstanden kann sich Ref. damit erklären, wenn R. bei Aufzählung der pathologisch-anatomischen Befunde des Icterus neogonorum auch das Sektionsresultat solcher Kinder verwerthen will, die frühreif, an »Lebensschwäche« zu Grunde gingen und außer partieller Atelektase keinen abnormen Obduktionsbefund aufweisen. Es ist die Vermuthung nicht von der Hand zu weisen, dass in solchen Fällen der vorhandene Ikterus möglicherweise in den mangelhaften Cirkulationsverhältnissen der Lungen seine Erklärung findet und desshalb nicht als »physiologischer« sondern als »pathologischer« Ikterus aufzufassen ist.

Ohne sich weiter auf einen bestimmten Entscheid für eine bestimmte der vielen zur Erklärung des Icterus neogon. aufgestellten Theorien einzulassen, erklärt sich R. als Anhänger der hepatogenen Entstehungsweise, welche nach ihm sicher gestellt ist durch den Nachweis von Gallensäuren in der Perikardialflüssigkeit ikterischer Kinder.

Da die neueren Untersuchungen gelehrt haben, dass Kinder mit »physiologischem Ikterus« unter schlechteren Ernährungsverhältnissen stehen als solche ohne Ikterus, so muss nach R. bei den intensiveren Formen des Ikterus, namentlich wenn sie frühreife Kinder betreffen, der prognostische Ausspruch etwas modificirt werden.

Die Therapie zerfällt in Prophylaxe und eigentliche Behand-

lung des Ikterus. Erstere besteht in nicht zu später Abnabelung (nach Expression der Placenta) und energischer Wiederbelebung asphyktischer Kinder, letztere in zweckmäßiger Regelung der Ernährung, minutiöser Reinlichkeit und Wärmezufuhr.

VII. Kap. Die Mastitis.

Die Ätiologie der Mastitis ist leicht verständlich, wenn nach R.'s Auffassung die Sekretion der Brustdrüsen Neugeborener nur quantitativ von der wahren Laktation unterschieden wird. Nach dieser Anschauung richten sich selbstverständlich auch die Prophylaxe und Therapie.

VIII. Kap. Das Kephalohämatom.

Ohne die Möglichkeit der anderen Entstehungserklärungen des Kephalohämatoms zu bestreiten, spricht R. als Hauptmomente, welche dasselbe auch ohne operativen Eingriff begünstigen an: die leichte Zerreißlichkeit der zarten Gefäße des Neugeborenen, die leichte Abhebbarkeit des Periostes vom Knochen so wie die durch den Geburtsdruck geschaffene Hyperämie des Schädels.

Vor jeder chirurgischen Behandlung nicht komplicirter Kephalohämatome wird dringend gewarnt. **Th. Wyder** (Berlin).

---

# Kasuistik.

## 2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Dresden.

110. Sitzung am 16. Mai 1885.

Vorsitzender: Herr Leopold, dann Herr Förster, Schriftführer: Herr Bode.

Als Mitglied wird aufgenommen Herr v. Campe.

I. Herr Leopold: Über Salpingotomie.

Bei dieser erst in neuerer Zeit als selbständigen, zur Geltung gekommenen Operation handele es sich um die Exstirpation von durch Flüssigkeitsansammlung (Wasser, Schleim, Eiter, Blut) erweiterten und degenerirten Tuben, in der Mehrzahl der Fälle gleichzeitig mit den Eierstöcken. Ursache dieser Flüssigkeitsansammlungen seien in erster Linie die Verlöthungen der Abdominalenden der Tuben durch Pelveoperitonitis, welche ihrerseits durch katarrhalische, tuberkulöse, syphilitische und gonorrhoische Salpingitis hervorgerufen sein können. Die Stauung der hierdurch bedingten Sekrete könne nach Redners bisherigen Beobachtungen Ausdehnungen der Tuben bis zu Kindskopfgröße bedingen. Die häufigste Ursache sei jedenfalls die gonorrhoische Entzündung.

Redner behandelt zunächst diese letzte Form und demonstrirt deren Anatomie durch Zeichnungen nach Bandl und nach Heitzmann. Obwohl Noeggerath schon längst es ausgesprochen habe, dass die sog. latente Gonorrhoe chronische und recidivirende entzündliche Veränderungen der inneren Sexualorgane mit ihrer Umgebung hervorrufe, habe sich doch seine Ansicht nur sehr langsam Geltung verschafft. Die Diagnose der Tubentumoren sei nicht leicht und stütze sich 1) auf das periodische Auftreten von Unterleibsbeschwerden bei Personen, die trotz langjährigen geschlechtlichen Umganges steril blieben oder nach 1—2maligem Gebären steril werden; 2) auf die auffallenden Exacerbationen früherer Pelveoperitonitis, oft im Anschluss an ganz leichte und sonst unschädliche Insulte, hervorgerufen durch tropfenweisen Eiteraustritt aus dem Tubenende ins Peritoneum, wie es Sektionen solcher Fälle nachwiesen; 3) auf den eigenthümlich wehenartigen Charakter der Schmerzen (Kaltenbach), wie bei der bekannten Colica scortorum;

4) auf den Befund bei bimanueller Untersuchung in Narkose. Doch bleibe auch bei größter Sorgfalt in der Untersuchung die Diagnose oft unsicher und veranlasse Täuschungen durch Ovarialdegenerationen, Tubo-Ovarialcysten, alte Exsudatreste etc.

Bezüglich der Therapie zweifelt Redner an einem dauernden Erfolg medikamentöser und sonstiger lokaler Therapie und er halte mit Kaltenbach, A. Martin, Sänger u. A. die Exstirpation durch die Laparotomie für indicirt, sobald die Beschwerden nicht nachlassen.

Die Operation könne leicht sein, wie eine einfache Laparotomie, aber auch recht schwer, wenn starke Verwachsungen und Verlagerungen sich vorfinden. In diesem Falle müsse man zunächst alle Verlöthungsstellen ganz klar stellen, damit man nicht durch Darmzerreißungen, Ruptur bluthaltiger Ovarialsäcke etc. überrascht werde. Die Gefahr der Operation in den meisten Fällen bestehe in Nachsickern von Blut aus den gelösten Adhäsionen und im Ausfluss von eitrigem Tubeninhalt.

Redner selbst hat bisher 5 Fälle laparotomirt. Von diesen sind 3 gestorben, 2 geheilt. Ein Fall war leicht, in 2 Fällen machte sich die Reinigung der Bauchhöhle von ausgetretenem eitrigen Sekret und die Drainage durch die Bauchwunde nöthig.

Redner gab bisher der Versenkung der Stümpfe den Vorzug, lässt es aber dahingestellt, ob nicht die extraperitoneale Stumpfbehandlung mehr zu empfehlen sei.

Skizzirung der 5 Fälle:

1. Fall. Doppelseitiger, ziemlich faustgroßer Pyosalpinx, leicht beweglich, geringe Darmadhäsionen; jederseits mit den Ovarien abgebunden. Verschorfung der Stümpfe. Genesung.

2. Fall. Gonorrhoische Infektion nachgewiesen. Entfernung beider sehr fest allseitig verlötheter Tubensäcke und eines subperitonealen Myoms rechts. Tod am 5. Tage nach Sepsis durch Ligaturabgleitung und Eiteraustritt.

3. Fall. Fest verlöthete Tubensäcke, mühsam zu lösen. Lockerung einer Ligatur und Aussickern von Tubensekret aus dem Stumpf in die Bauchhöhle. Tod am 6. Tage.

4. Fall. Entfernung circa hühnereigroßer Tumoren mit nachfolgender Drainage. Glatter Verlauf.

5. Fall. Tubensäcke äußerst mühsam zugängig. Ruptur des Tubensackes. Flächenblutungen durch tiefe Umstechungen gestillt. Drainage. Tod an Sepsis.

II. Herr Menschel demonstrirt ein neugeborenes Kind mit Kiefergaumenspalte.

Die Spalte verläuft zwischen äußerem Zwischenkiefer und Oberkiefer; Auge ganz rudimentär. Redner entwickelt die bestehenden Theorien über das Entstehen der Kieferspalten mit besonderer Darlegung der Theorie Albrecht's.

Bezüglich der Frage über den Zeitpunkt der Operation setzt Herr Rupprecht aus einander, dass man unterscheiden müsse zwischen einfacher Lippenspalte und der mit Kieferspalte komplicirten. Für die ersten Fälle warte man am besten das erste Lebensjahr ab, da nach Ablauf der Säuglingszeit ein Hospitalaufenthalt leichter durchführbar werde. Die Mortalität sei günstiger und das kosmetische Resultat werde ein besseres.

Betreffs der komplicirten Fälle empfehle es sich, die Lippenspalte bald zu vereinigen, die Kieferspalte erst vom 8. Jahre an.

III. Herr Marschner: Demonstration eines Neugeborenen mit tiefer Schädelimpression, verursacht durch das Promontorium beim Durchziehen des nachfolgenden Kopfes durch das Becken.

111. Sitzung am 1. Oktober 1885.

Vorsitzender: Herr Leopold, Schriftführer: Herr Bode.

I. Herr Michael demonstrirte mehrere mikroskopische Präparate von Endometritis; und zwar die Haupttypen derselben, erstens eine Form, in welcher hauptsächlich starke Drüsenwucherungen vorherrschen, sodann eine zweite, bei welcher

besonders das interglanduläre Gewebe stark zellig infiltrirt ist. Zwischen diesen beiden Formen kommen mannigfache Übergänge vor; in der Mehrzahl der Fälle finden sich Mischformen, von denen ebenfalls mehrere Exemplare demonstrirt werden. In seltenen Fällen beherrschen starke Blutungen in das Zwischengewebe das ganze Bild; man kann diese Form als Endometritis haemorrhagica bezeichnen.

Danach demonstrirte Redner einen Uterus, der vor 8 Tagen von Herrn Prof. Leopold bei einer 49jährigen Frau total per vaginam wegen beginnenden Carcinoms exstirpirt worden war. Der Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass die Untersuchung der Pat. zunächst einen sehr wenig prägnanten Befund gab, nur an der Portio zeigte sich ein etwa linsengroßes, verdächtig aussehendes Knötchen. Die mikroskopische Untersuchung des excidirten Stückchens ergab ein exquisites Carcinom. Darauf hin wurde die Exstirpation gemacht und es zeigte sich, dass der Cervix vollständig von Carcinommassen eingenommen war, die an einzelnen Stellen fast die ganze Dicke der Wandung durchsetzt hatten. Das betreffende von der Probeexcision herstammende mikroskopische Präparat wird ebenfalls gezeigt.

II. Herr Korn spricht über Perforation von Ovariencysten.

Nachdem Redner eingehend die Anatomie, Ätiologie, Diagnose und Therapie der Cystenruptur behandelt, theilt er einen in vieler Beziehung bemerkenswerthen Fall von sog. Pseudomyxoma peritonei (Werth) mit, dessen Krankengeschichte ausführlich im Centralbl. f. Gynäk. 1885 No. 52 veröffentlicht ist.

112. Sitzung am 5. November 1885.

Vorsitzender: Herr Leopold, Schriftführer: Herr Bode.

I. Herr Bode berichtet über einen Fall von Sectio caesarea nach Porro, mit extraperitonealer Behandlung des Stumpfes. Indikation war Carcinom der Cervix uteri und des Beckenbindegewebes. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurde der in vollkommenem Tetanus befindliche Uterus hervorgewälzt, dann der Schnitt durch die vordere Wand in der Mittellinie gemacht und dabei die Placenta mitten durchtrennt. Das Fruchtwasser war schon abgeflossen; das vor der Operation abgestorbene Kind war ausgetragen. Während des Schnittes wurde das Collum uteri manuell komprimirt, nach Entfernung des Kindes mit Gummischnur umschnürt.

Demonstration des exstirpirten Uterus und der gelösten Placenta.

Die Wöchnerin, welche bei der Operation 39,0 und hohen Puls hatte, machte ein normales Wochenbett durch und befindet sich nach 4 Wochen wohl. Ausführliche Veröffentlichung vorbehalten.

II. Herr Schramm berichtet über 5 Laparotomien: 2 Kastrationen, 2 Ovariotomien, 1 Salpingotomie.

Die Kastrationen sind wegen wirklicher Epilepsie, die in beiden Fällen seit dem Eintritt der Menstruation und im menstruellen Typus aufgetreten war, gemacht worden.

1. Fall. 27jährige, ehemalige Albertinerin, hereditär neuropathisch belastet, bekam ihren ersten Krampfanfall im 16. Jahre, zur Zeit, als die Periode bei ihr das erste Mal eintrat. Hervorgerufen wurde der erste Anfall durch einen sehr heftigen Schreck. Die Anfälle blieben vorläufig aus, da ein volles Jahr die Periode aussetzte. Später, nach Wiedereintritt der Menses, traten mit dieser auch die Anfälle auf, zuletzt aber häuften sich die epileptischen Anfälle, ohne sich an die Periode zu halten, traten alle 14 Tage auf, waren aber zur Zeit der Regel am heftigsten.

Früher waren, aber nur auf ganz kurze Zeit, nach Cervixdilatationen, die Anfälle geschwunden, traten aber in letzter Zeit mit größerer Heftigkeit und häufiger wieder ein. Desshalb, trotzdem dass die Ovarien bei der Untersuchung nicht oder nur wenig verändert erschienen, Operation, Kastration am 21. April 1885. Entfernung beider Ovarien. Nach Untersuchung von Prof. Neelsen sind an denselben pathologische Veränderungen nicht nachweisbar. Fieberloser Verlauf. In der Nacht vom 13.—14. Mai 1885, zur Zeit der zu erwartenden Periode, trat heftiges Nasenbluten ein mit folgender 2stündiger Bewusstlosigkeit. Dasselbe wieder-

holte sich am 5. Juni, eben so am 9. Juni, nur traten hier noch Wahnvorstellungen hinzu und am 1. Juli stellte sich wieder Schmerz in der linken Seite, ein epileptischer Anfall, Hallucinationen ein. Am 4. Juli ist bei ihr der letzte Anfall beobachtet worden. Am 17. Juli wurde Pat. in die Krankenanstalt Grunau transferirt. Bis zu Ende Oktober a. c. sind laut auswärtigen ärztlichen Berichtes keine Anfälle aufgetreten.

2. Fall. Erst vor 3 Wochen operirt. 20 Jahre altes Mädchen, aus gesunder Familie. Mit Eintritt der Periode im 14. Jahre bekam sie zur Zeit derselben heftige Schmerzen, Krämpfe mit Schwindelgefühl, Bewusstlosigkeit und darauf folgendem längerem Schlaf; während der Anfälle wurde immer die Zunge verletzt.

Im Mai und Juni a. c. häuften sich die Anfälle; während der Zeit, wo sie im Juli und August einen Typhus durchmachte, blieben die Krämpfe aus, seit September aber sind sie alle 14 Tage mit erneuerter Heftigkeit aufgetreten. Genitalbefund bis auf geringe Vergrößerung des rechten Ovarium normal. Operation am 14. Oktober. Beide Ovarien entfernt, das rechte Ovarium kleincystisch entartet. Verlauf reaktionslos. Heute entlassen. Seit der Operation kein Anfall wieder. Nachträglich sei bemerkt, dass Pat. noch zu Anfang des December anfallsfrei war.

Redner will diese Fälle nur als vorläufige Mittheilung betrachtet wissen, da die Zeit der Beobachtung betreffs des Erfolges zu kurz ist und behält sich eine spätere ausführliche Veröffentlichung vor.

3. Fall. Salpingotomie. Stark heruntergekommene 39jährige Frau, noch nie menstruirt; seit ihrem 12. Lebensjahre Kopfschmerzen; seit dem 18. Jahre regelmäßig vierwöchentlich Leibschmerzen, mit heftigem Erbrechen, stets 2 Tage lang andauernd. Vom Vortr. seit 9 Jahren beobachtet. Erster Genitalbefund: infantiler Uterus, linkes Ovarium kaum zu fühlen, rechtes normal. In den letzten Jahren Abmagerung, starke Nervenschmerzen.

Bei der Untersuchung in diesem Jahr findet sich links eine prallelastische apfelgroße Geschwulst, etwas höckrig. Vielleicht Tubargeschwulst. 26. Mai Laparotomie. Das linke Ovarium von Haselnussgröße, mit käsigem Eiter gefüllt, sitzt auf einem apfelgroßen Tumor, einem Hydropyosalpinx, der 20—25 g Flüssigkeit enthält. Dieser Tumor und das Ovarium werden abgebunden und der Stiel mit dem Paquelin gründlich verschorft.

Das rechte Ovarium ist kleincystisch entartet, lässt sich leicht entfernen. Pat. wird am 6. Juli entlassen; sie ist jetzt gut ernährt; nur zeitweilig tritt noch fliegende Hitze und Wallungen auf.

4. Fall. Ovariotomie. 23jährige Frau, die vor einem Jahre geboren hat, ist vor der Operation hochgradig kachektisch, hat Ödeme und einen Leibesumfang von $111^1/_2$ cm; sie wurde wiederholt punktirt und fiebert seitdem. Jeden Abend Steigerung der Temperatur bis 39,5.

Operirt am 1. Juli. Großer rechtsseitiger Ovarialtumor, zum Theil an der Flexura sigmoidea befestigt. Der Tumor war außerordentlich schwer auszuschälen; man dachte desshalb mit an einen Tumor maligner Art, was durch den späteren Verlauf bestätigt wurde. Er wog 14 Pfund; die entleerte rothbraune Flüssigkeit betrug 4 Liter; Ausspülung der Bauchhöhle mit Sublimat 1 : 6000 wurde gut vertragen. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Cystadenom, aber mit beginnender Carcinomwucherung an einzelnen festen Stellen. Reaktionsloser Verlauf. Pat. wird nach 4 Wochen in gutem Ernährungszustand entlassen. Nach auswärtigem ärztlichen Bericht ist nach 6 Wochen eine Pleuritis exsudativa mit hohem Fieber aufgetreten, ein neuer kindskopfgroßer Tumor links im Abdomen fühlbar. 12. Oktober Tod. Sektion: Kindskopfgroßer Tumor links, Cysten mit Eiter gefüllt. An den Stichkanälen Recidive des Carcinoms.

5. Fall. Ovariotomie am 16. Oktober. Kleiner, fester Ovarialtumor, rechterseits von Orangengröße; typisches Cystoadenoma colloides. Schlecht genährte Frau, hat sehr starke Schmerzen vor der Operation. Fieberloser Verlauf. Jetzt Befinden gut.

Betreffs der Entfernung maligner Neubildungen erwähnt Herr Rupprecht

einen Fall, in dem Herr Osterloh ein solides Ovarialcarcinom entfernte. Dreiviertel Jahr blieb die Frau gesund, dann zeigte sich ein gleicher Tumor am anderen Ovarium. Die Frau wurde damit entlassen und starb bald.

Herr Leopold berichtet ebenfalls über einen Fall, bei einem 16jährigen Mädchen, bei der er ein über mannskopfgroßes Drüsenzellencarcinom entfernte. Obwohl die Prognose sehr schlecht gestellt wurde, lebt jetzt das Mädchen noch, 2 Jahr nach der Operation.

Herr Grenser operirte einen Fall mit Dermoidkystom, in welchem sich ein harter fester Theil mit carcinomatöser Entartung befand. Er behandelte den Stiel extraperitoneal und drainirte durch die Scheide. Schon 3 Wochen nach der Operation erschien das Recidiv vom Stielrest ausgehend. Nach 14 Wochen Tod. (Siehe Archiv für Gynäkologie Bd. VIII. p. 513.)

Mit Bezug auf die vom Herrn Vortr. erwähnten Kastrationsfälle berichtet Herr Leopold über eine 40jährige Pat., welche seit Jahren im Zusammenhang mit der Menstruation 3 Wochen lang von den heftigsten Schmerzen befallen war und im Monat nur eine einzige schmerzfreie Woche hatte. Beide Ovarien waren sehr druckempfindlich, das linke außerdem vergrößert, knollig, sehr tiefliegend.

Die Kastration verlief reaktionslos; $4^1/_2$ Monate war sie frei von allen Schmerzen; jetzt im 5. Monat und zwar lediglich und unmittelbar nach heftigen Gemüthsbewegungen, haben sich plötzlich kurze Schmerzparoxysmen wieder eingestellt, höchstens von 1—2tägiger Dauer, welche sich nur nach Erregungen zeigen, während das Allgemeinbefinden ein vortreffliches ist. Er räth desshalb, mit der Prognose solcher Fälle vorsichtig zu sein und fragt Herrn Schramm über den weiteren Verlauf seiner Fälle.

Herr Schramm berichtet von einer am 11. November 1884 vorgenommenen Kastration wegen Ovarialneuralgie. Die Schmerzen sind seitdem verschwunden und fühlt sich Pat. seit dieser Zeit vollständig wohl.

Herr Klotz kann auch von zwei Fällen von Heilung berichten, in denen er vor 2 Jahren nur der neuralgischen Beschwerden wegen kastrirte.

Herr Meinert dagegen sah in gleichen Fällen Recidive schon nach $^1/_2$ Jahr.

Herr Credé erwähnt einen Fall, wo er wegen Ovarialneuralgie beide tiefliegende Ovarien per vaginam durch zwei seitliche Schnitte entfernt hat.

Herr Leopold macht noch besonders darauf aufmerksam, dass in den Fällen, wo die Ovarien sehr tief gelagert sind und gleichsam zwischen dem vergrößerten Uterus und dem gefüllten Darm eingekeilt liegen, außer den regelmäßigen Schmerzparoxysmen noch ganz besonders heftige und regelmäßig wiederkehrende Schmerzen bei der Defäkation auftreten können.

III. Herr Leopold berichtet 1) über die Operation eines Hydropyosalpinx.

36jährige Frau, hatte 1867 und 1870 normal geboren, war darauf bis vor 3 Jahren völlig gesund gewesen und hat erst seit 2 Jahren Schmerzen im Abdomen gefühlt.

Uterus in der Mitte stehend; rechts vom Uterus ein cystischer apfelsinengroßer Tumor, wahrscheinlich nicht das Ovarium; links, aber viel tiefer im Parametrium, ebenfalls ein fast gleich großer fluktuirender Tumor.

Diagnose: wahrscheinlich doppelseitiger Pyosalpinx.

Bei der Operation (Juni 1885) fand sich das rechte Ovarium normal, die rechte Tube stark vergrößert, erweitert und verschlossen; sie wurde mit dem Ovarium entfernt, indem ihr 5—6 cm breiter Stiel abgebunden und abgeschnitten wurde.

Auf der linken Seite fand sich die Tube und Ovarium zu einem faustgroßen allseitig verwachsenen Knäuel verändert. Es gelang nicht, ihn zu entfernen, da er breitbasig dem Douglas aufsaß und die Gefahr, von der Bauchhöhle aus diesen Tumor herauszuarbeiten, zu groß schien. Pat. befindet sich bis jetzt ganz wohl. Bei eventuellen Beschwerden von Seiten der zurückgebliebenen Geschwulst soll letztere von der Scheide aus geöffnet werden. Demonstration des Tumors.

2) Über Parovarialcysten.

Vortr. kann der Ansicht nicht beistimmen, dass eine Punktion der für Parovarialcysten zu haltenden Tumoren genüge, um deren Recidiv zu vermeiden. Er

hat, in Folge von Wiederfüllung, die er nach einfacher Punktion eintreten sah, stets die Cysten mittels Laparotomie entfernt. Die Diagnose der Parovarialcysten ist oft schwer, wie zwei im kgl. Entbindungsinstitut vor Kurzem beobachtete Fälle zeigen. Man muss bemüht sein, die Ovarien, die freilich an einer Stelle sitzen können, wo sie für gewöhnlich nicht vermuthet werden, ausfindig zu machen.

1. Fall. 49jährige Frau; schon 1880 und 1882 hier wegen Parovarialcyste punktirt, kam jetzt zum 3. Male, mit sehr großer Cyste, wieder in die Anstalt.

Diesmal Laparotomie und Entfernung der Cyste. Hierbei zeigte es sich, dass außer der großen einkammerigen Cyste, welche den allergrößten Theil der Geschwulst ausmachte, um die sich die sehr lang ausgezogene Tube herumwand und an deren vorderen Oberfläche das von außen gefühlte Ovarium saß, in der Außenwand noch mehrere kleine Tochtercysten vorhanden waren. Eine bloße Punktion der großen Cyste hätte demnach die Wiederfüllung und das Weiterwachsen der kleinsten Cystchen nicht verhindern können.

2. Fall. Parovarialcysten mit Cyste im Mesocolon. Rapides Wachsthum. Von den Cysten war der Uterus ganz aus dem kleinen Becken gedrängt worden und dicht hinter und zum großen Theil über der Symphyse zu fühlen. Vorn, links vom Nabel, Ovarium und Tube zu fühlen.

Es fand sich eine sehr große Parovarialcyste links, eine kleine rechts und die schon erwähnte Mesocoloncyste rechts, die nach Spaltung des Peritoneum, Verschiebung des Colon ascendens mittels Incision auf die Cyste entfernt wurde. Das Peritoneum wurde durch die Naht wieder vereinigt. Das linke Ovarium mit entfernt, das rechte zurückgelassen. Reaktionsloser Verlauf in beiden Fällen.

III. Kurzer Bericht über 26 Fälle von totaler Uterusexstirpation per vaginam, nach eigener Methode ohne Umkippen des Uterus.

Herr Leopold hält seine Methode im Vergleich mit den von Anderen bisher publicirten für die einfachste; bei dieser ist eine starke Nachblutung noch nie beobachtet, doppelte Unterbindung nicht nöthig und der Uterus bleibt dabei in situ. Es ist auch die Blutstillung, durch Umstechen der Ränder des Schnittes, sehr einfach und sicher.

Zuerst findet das Umschneiden des Scheidengewölbes statt am Übergang desselben auf die Cervix; dann wird die vordere umschnittene Partie abpräparirt und umstochen mit der Blase hinaufgeschoben; darauf dasselbe seitlich und an der hinteren Peripherie. Mit einem kleinen Schnitt wird der Douglas geöffnet, ein gestielter Schwamm eingebracht, um Scheidensekret und Spülflüssigkeit an dem Einlaufen in die Bauchhöhle zu verhindern; darauf werden partielle Umstechungen und Umschneidungen der Parametrien etagenartig vorgenommen und jede umstochene Gewebsmasse nach dem Uterus zu abgeschnitten. Ist der Uterus, welcher immer mehr nach außen gezogen wird, entfernt, so wird die Umgebung des Operationsfeldes mit Stielschwämmen trocken getupft, jodoformirt und in die Öffnung und in die Scheide 15—20 kleine Jodoformgazerollen eingelegt, die meist 12—14 Tage unangetastet liegen bleiben.

Bei den nun stattfindenden Verbandwechseln werden die lockeren Ligaturen entfernt und Scheide und Scheidengewölbe ausgespült. Drainage des Douglas im Anschluss an die Operation mittels Gummi- oder Glasdrain und eventuellen Ausspülungen findet nicht statt.

Redner hat von 23 nach dieser Methode Operirten (neuerdings kommen noch 3 hinzu, bis December also 26 Operirten) nur 2 verloren, deren Todesursache nicht auf die Methode zu schieben ist, denn einmal handelte es sich um ein zu weit vorgeschrittenes Collumcarcinom, von dessen zurückgebliebenen Resten sich ein Bauchhöhlenabscess entwickelte, an dem die Kranke 8 Wochen nach der Operation zu Grunde ging.

Im zweiten Falle, welcher zur Totalexstirpation nicht bestimmt war, wurde beim Versuch der hohen Excision der Douglas aus Versehen breit geöffnet, in Folge dessen der ganze Uterus nothgedrungenerweise entfernt werden musste. Eine Umstechungsnaht kam dabei so ungünstig zu liegen, dass sie eine feine Verbindung

zwischen Mastdarm und Bauchhöhle zur Folge hatte. Die Frau ging an Sepsis zu Grunde.

IV. Herr Leopold erwähnt zum Schluss noch 3 Fälle, wo in Folge von großer Weichheit der Muscularis colli uteri, aber bei ziemlicher Unnachgiebigkeit des inneren Muttermundes trotz äußerst langsamer, vorsichtiger Erweiterung mit Hegar-schen Stiften Collumzerreißungen eingetreten waren.

Beim letzten Falle entstand ein ca. 2 cm tiefer Querspalt, eine tiefe Bucht unterhalb des Orific. int., bei Anwendung bis zu Hegar 16.

Die Fälle verliefen unter sorgfältiger Antisepsis ohne jede Reaktion.

Vortr. hält trotz dieser Erfahrung die betreffenden Dilatatorien für sehr werthvolle Mittel und berichtet über diese Fälle nur, um auf leicht eintretende Zerreißungen bei schlaffem Collumgewebe und straffer Muskulatur am inneren Muttermunde aufmerksam zu machen.

Herr Klotz berichtet über einen ähnlichen Fall von Salpingotomie, wie der oben erwähnte. Doppelseitiger Pyosalpinx; der rechte durch Bauchschnitt operirt, der linke, zu tief im Becken sitzend, breitbasig, wurde per vaginam incidirt und zunächst 4 Wochen lang, dann nochmals $1/4$ Jahr drainirt. Jetzt ausgeheilt, keine Beschwerden mehr.

Zu den Parovarialcysten referirt Herr Meinert über einen Fall, der wegen des Recidivs und der oft fruchtlosen Punktion von Interesse ist. Mannskopfgroße Cyste, die sich bei der Laparotomie nicht vollständig entfernen lässt; so weit möglich wird Alles abgebunden; trotzdem Recidiv.

Nun Punktion per vaginam und Injektion von 30 g Lugol'scher Lösung, die gut vertragen wird, aber ein Recidiv auch noch nicht verhindert; nochmals Punktion.

Zuletzt noch eine zweite Laparotomie; von der Tumorwand wird so viel als möglich entfernt, der Rest gründlich verschorft, kein neues Recidiv. Heilung.

Herr Klotz hat 17 Fälle von Uteruscarcinom ohne Todesfall nach Leopold's Methode operirt und spricht sich sehr befriedigt über die Einfachheit und sonstigen Vorzüge dieser Methode aus.

Herr Schramm hat bei der Nachbehandlung der totalen Uterusexstirpation Fieber auftreten sehen, wenn Ausspülungen gemacht worden waren. Er empfiehlt die Methode der Nachbehandlung nach Hegar. Glasdrain mit Jodoformgazeeinlagen.

Herr Schütz und Herr Meinert benutzen die Fritsch'schen Dilatatorien; letzterer bekam in einem Falle auch einen Cervixriss.

Herr Klotz erlebte auch bei Anwendung Hegar'scher Stifte einmal einen Cervixriss mit consecutiver Parametritis; seitdem wendet er das Ellinger'sche Instrument an.

Herr Schramm benutzte bisher häufig die Hegar'schen Dilatatorien und hat danach weder Collumzerreißungen noch Parametritis beobachtet.

---

### 3) **Park Ritchie** (St. Paul). Über die Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

(Northwestern Lancet 1885. No. 14.)

R. berichtet über 4 Fälle, in welchen er die künstliche Frühgeburt eingeleitet, einmal wegen Blutungen in Folge von Placenta praevia, zweimal wegen engen Beckens, einmal wegen Eklampsie. Letztere Pat. starb in Folge erneuter Anfälle post partum; das Kind lebte.

Als beste Methode empfiehlt R. die Einführung eines elastischen Bougies, eventuell nach wiederholter Anwendung warmer Vaginalduschen. Vor dem Gebrauch der Barnes'schen geigenförmigen Dilatatoren räth er ab, da dieselben schon von sehr schwachen Wehen wieder aus dem Cervikalkanal ausgetrieben würden.

**Graefe** (Halle a/S.).

4) **E. Müller** (Straßburg). Vaginale Totalexstirpation des Uterus wegen Cervixcarcinom.

(Gaz. méd. de Strasbourg 1885. No. 6.)

36jährige VIIIpara. Letzte Geburt vor 5 Jahren. Auf die vordere Muttermundslippe beschränktes Carcinom. Da Pat. die Totalexstirpation nicht zugeben will, Amputation der Portio mit dem Thermokauter. Nach 2 Monaten pilzförmiges Recidiv. Blutungen, stinkender Ausfluss. M. beabsichtigte den Uterus aus seinem peritonealen Überzug auszuschälen, entschloss sich aber, da das Carcinom bereits auf das Corpus fortgeschritten, doch zur gewöhnlichen Totalexstirpation. Herausstülpung des Uterus durch den Douglas. Peritonealhöhle nicht geschlossen. Jodoformtampon in die Vagina. Höchste Temperatur 38,5°. Pat. nach 5 Wochen entlassen.

Am Schluss der Arbeit räth M. auf Grund der Erfahrungen Martin's, auch bei noch auf die Portio beschränktem Carcinom von der partiellen Cervixamputation abzusehen und stets die Totalexstirpation auszuführen.

**Graefe** (Halle a/S.).

5) **R. Hicks** (Michigan). Manganum bei Amenorrhoe.

(Med. age 1885. No. 7.)

H. gab einem 17jährigen Mädchen, bei welchem angeblich in Folge heftiger Erkältung die Menstruation aufgehört hatte und seitdem nicht wiedergekehrt war, Pillen von Mangan. bioxyd. (Abends ein Stück, Dosis ist nicht angegeben). Nach Verbrauch von 5 Stück traten die Menses ein. Unter gleichzeitigem Gebrauch von Eisen und Wein erholte sich die sehr herabgekommene Pat. bald, während zuvor andere Mittel erfolglos geblieben waren. Zwei ähnliche Fälle hat H. später mit gleichem Erfolg behandelt. **Graefe** (Halle a/S.).

6) **Wallace** (Liverpool). Fünf Laparotomien.

(Lancet 1885. Juni 6.)

Es wird über 5 Fälle von Laparotomie berichtet; im ersten Falle beiderseitige Salpingotomie unter Zurückbleiben der Ovarien, zweiter Fall: supravaginale Amputation des Uterus wegen multipler Myome; dritter Fall: durchweg adhärente Dermoidcyste; vierter Fall: Ovarialkystom; fünfter Fall: beiderseitige Tuboovarialerkrankung. Sämmtliche Operirte genasen. Es folgen einige Bemerkungen.

**Düvelius** (Berlin).

7) **P. Horrocks** (London). Pilokarpin bei Eklampsie. Genesung.

(Lancet 1885. Juni 13.)

H. behandelte eine eklamptische Gravida, die hochgradig ödematös, an absoluter Anurie litt, mit subkutanen Pilokarpininjektionen. Chloroform war wirkungslos. Nach einigen in größeren Zwischenräumen gemachten Injektionen von 0,02 und 0,015 Pilokarpin trat Schweiß auf und die Konvulsionen ließen mehr und mehr nach. 8 Tage nach der ersten Injektion trat spontane Geburt eines macerirten Kindes ein im 6.—7. Monat. Pat ist genesen. H. führt die Wirkung des Pilokarpins auf die für die Nieren vikariirend eingetretene Thätigkeit der Haut zurück. **Düvelius** (Berlin).

8) Aus der Académie de méd. de Paris. Sitzung vom 5. Mai 1885.

(L'abeille méd. 1885. No. 19.)

T. berichtet über eine Hysterektomie wegen Uterusmyom. In Folge sehr dicker fettreicher Bauchdecken und der Größe des Tumors war die Diagnose vor der Operation zweifelhaft geblieben. Das große Myom wog mehr als 7 kg. Die Uterushöhle war sehr beträchtlich erweitert. Der Stiel wurde nicht versenkt, sondern oberhalb der Bauchdecken befestigt. Pat. genas. **Graefe** (Halle a/S.).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 3.** **Sonnabend, den 16. Januar.** **1886.**




## Zur Prophylaxis des Hängebauches der Frauen.


Von
Prof. **Czerny** in Heidelberg.


In meiner Privatpraxis sehe ich nicht selten englische Frauen und war oft erstaunt über die Straffheit ihrer Bauchdecken selbst nach wiederholten Schwangerschaften, während unsere deutschen Frauen gewöhnlich nach wenigen Wochenbetten schlaffe, gedehnte Bauchdecken besitzen, welche sehr häufig einen Hängebauch geringeren oder höheren Grades veranlassen. Noch im vorigen Jahre behandelte ich eine englische Dame, deren Unterleib nach 9 Schwangerschaften es mit jedem Mädchen an Schönheit der Form aufnehmen konnte. Als ich meiner Verwunderung über diesen auffallenden Unterschied Ausdruck verlieh, wurde mir geantwortet, dass in England, wenigstens in der guten Gesellschaft, der Arzt sogleich nach Beendigung der Geburt den Unterleib der Wöchnerin mit breiten Binden ganz fest umwickelt und dass diese Binden gewöhnlich acht Tage lang, allerdings nicht immer zur Bequemlichkeit der Wöchnerin, getragen werden.

Ich kann mir denken, dass eine derartige Einwicklung unmittelbar nach der Entbindung, wo so kolossale Veränderungen in den Ernährungsverhältnissen, dessgleichen am noch plastischen Unterleibe vor sich gehen, sehr wesentlich für die Wiederherstellung der vor der Schwangerschaft bestehenden Straffheit und Elasticität der Bauchdecken beitragen kann.

So viel ich weiß, ist eine derartige Diätetik des Wochenbettes in Deutschland bloß in sehr beschränkten Kreisen üblich. Landau erwähnt in seinem Buche über die Wanderleber und den Hängebauch der Frauen (p. 140), dass es nützlich sei, wenn man, wie dies in früheren Zeiten üblich war, den Leib jeder Wöchnerin, wenn sie das Bett verlässt, mit einer Bandage umgiebt, allein er giebt nicht den naheliegenden Rath, jedes Mal gleich nach der Entbindung den Leib zu wickeln. Aus dieser Bemerkung scheint hervorzugehen, dass es wohl früher üblich war, die Wöchnerin beim Aufstehen zu wickeln, dass dieser Gebrauch aber in Vergessenheit gerathen ist.

Ich halte es für nothwendig, die angehenden Ärzte und Hebammen dahin zu instruiren, dass sie bei jeder Wöchnerin sofort nach der beendigten Geburt den Unterleib fest mit breiten Binden oder Handtüchern wickeln sollen, um die Entstehung des Hängebauches zu verhindern. Dass es auch zweckmäßig ist, wenn die Wöchnerin noch durch einige Wochen eine Bandage trägt, wenn sie das Bett verlässt, steht wohl außer Frage.

Dass stramme Bauchdecken für jede Frau, namentlich aber in den arbeitenden Ständen, nützlicher sind, als ein schlaffer Hängebauch, und dass letzterer große Beschwerden verursachen aber nicht wieder beseitigt werden kann, wird wohl von allen Seiten zugegeben werden.

Ob gegen meinen Vorschlag irgend welche Bedenken obwalten, weiß ich nicht und kann auch keine Erfahrungen darüber sammeln, ob derselbe den erwarteten Erfolg haben wird, wesshalb ich ihn den Geburtshelfern von Fach zu unterbreiten mir erlaube.

---

### 1) **W. Loewenthal** (Lausanne). Zwei kasuistische Beiträge zur Menstruationslehre.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 1.)

In seiner »Neuen Deutung des Menstruationsprocesses« (Archiv für Gynäkologie Bd. XXIV. cf. Ref. Centralbl. 1885 No. 20) hat L. auf die wichtigen Aufschlüsse hingewiesen, welche eine genauere Beobachtung der Zeiträume vor dem Wiedereintritt, resp. dem ersten Eintreten der Menstrualblutung zu liefern vermag. Zwei hierher gehörige Fälle theilt L. jetzt mit.

In dem ersten handelte es sich um eine 40jährige, früher regelmäßig, aber stets mit Kollern im Leib, Kreuzschmerzen und Migräne menstruirten Frau. Nachdem sie mehrere Monate an einer Para- und Perimetritis gelitten, von derselben aber bis auf geringe Exsudat-

reste geheilt war, traten nach mehrmonatlicher Amenorrhoe dieselben oben erwähnten Beschwerden ein, welche sonst die Menses begleitet hatten. Nach 3 Tagen verschwanden sie. Sie wiederholten sich darauf noch 4mal in vierwöchentlichen Intervallen. Dann erst kehrte die menstruelle Blutung, begleitet von denselben, wenn auch schwächeren Erscheinungen wieder und stellte sich von da ab regelmäßig ein.

Es treten hier also die unblutigen Menstruationsbeschwerden, welche L. als Ovulationserscheinungen betrachtet, in denselben Intervallen auf, wie die späteren blutigen Menstruationen.

Der zweite Fall betrifft ein 13jähriges, frühzeitig entwickeltes, neuropathisch schwer belastetes Mädchen, welches bis auf einige Krampfanfälle stets gesund gewesen. Plötzlich traten neben einer Reihe nervöser Erscheinungen, wie Weinkrämpfe, klonische Krämpfe in Armen und Beinen etc. heftige Schmerzen im rechten Unterleib und Kreuzschmerzen auf. Durchleitung eines mäßig starken, konstanten Stromes durch den Rücken brachte sie zum Verschwinden. Ungefähr 4 Wochen später trat die erste Menstrualblutung auf, ohne dass sich vor oder nachher die zuvor erwähnten Beschwerden gezeigt hätten. Die nächst erwartete, eben so die nächstnächste Menstruation blieb aus. Erst, nachdem sich prämenstruale Beschwerden von Neuem eingestellt, erfolgte wieder eine blutige Menstruation. Von da ab kehrte sie in regelmäßigen Intervallen wieder.

Das Eintreten der Menstrualblutung ca. 4 Wochen nach dem Auftreten der prämenstruellen Nervosität, das Aussetzen des Blutflusses nach dem Fehlen aller als Ovulationssymptome zu deutenden Erscheinungen während der ersten Menstruation, das Wiedereintreten endlich des Blutflusses etwa 4 Wochen nach dem zweiten Erscheinen der prämenstrualen Beschwerden in diesem Fall sieht L. gleichfalls als beweisend für die Richtigkeit seiner Hypothese an.

**Graefe** (Halle a/S.).

---

## 2) W. Fischel (Prag). Neue Untersuchungen über den Peptongehalt der Lochien nebst Bemerkungen über die Ursachen der puerperalen Peptonurie.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 1.)

F. hat schon in Bd. XXIV des Arch. f. Gynäk. eine Arbeit über das gleiche Thema (cf. Centralbl. 1884 No. 46 und 1885 No. 10) veröffentlicht, in welcher er zu dem Schlusse kommt, dass das während des Puerperium sich im Harn findende Pepton nicht aus den Lochien stammt. Zu einer erneuten Untersuchung des Gegenstandes ist er durch eine Mittheilung v. Swiecicki's veranlasst worden, welcher ebenfalls in den Lochien Pepton gefunden, sogar in denen vom ersten Tage. Da F. das von v. S. benutzte Verfahren (Peptonnachweis durch Phosphorwolframsäure) nicht für einwurfsfrei hielt, so bediente er sich wieder der von ihm bei seinen ersten Unter-

suchungen angewandten Methode. Er fand das Lochialsekret nicht nur vom 1. und 2. Wochenbettstage frei von Pepton, sondern auch das vom 3.—6., ein Ergebnis, welches von dem seiner ersten Untersuchungen in so fern abweicht, als er damals wiederholt Pepton, wenn auch nur in vereinzelten Fällen, nachweisen konnte. Er führt dasselbe auf eine veränderte Zusammensetzung der Lochien zurück, welche er als eine Folge der abgeänderten antiseptischen Maßregeln in der Prager geburtshilflichen Klinik, der Desinfektion der Hände mit Sublimat und einer Sublimatscheidenausspülung mit 0,1 %iger Lösung, vor der ersten Untersuchung, ansieht.

Das erwähnte Resultat der neuerlichen Untersuchungen F.'s stützt natürlich erst recht den Satz, dass die puerperale Peptonurie weder von dem positiven noch von dem negativen Peptongehalt der Lochien beeinflusst wird. **Graefe** (Halle a/S.).

---

3) **L. Brühl** (Bern). Untersuchungen über den Stand des Kopfes und über die Eindrückbarkeit desselben in den Beckenkanal als prognostisches Moment der Geburt.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 1.)

B. hat seine Untersuchungen an 310 Schwangeren angestellt, von denen 250 ein normales, 60 ein verengtes Becken aufwiesen. Bei sämmtlichen wurde der Stand des Kopfes geprüft, während 155 auf seine Eindrückbarkeit untersucht wurden, die sich wiederum in 130 normale und 25 anormale Becken theilten. Als Grenze zwischen normalem und verengtem Becken wurde eine Conj. vera von 10 cm angenommen.

In Betreff des Kopfstandes ist B. auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Resultaten gekommen.

Bei Erstschwangeren mit normalem Becken ist der Kopf am Ende der Schwangerschaft fast stets eingetreten, in der Hälfte der Fälle steht er tief im kleinen Becken. Bei Mehrschwangeren bleibt er auch bei normaler Geräumigkeit des Beckens häufig ($^1/_3$ der Fälle) bis zur Geburt über dem Eingang stehen und erreicht nur in $^1/_4$ der Fälle die Beckenhöhle. Bei Beckenanomalien tritt der Kopf in der ersten Gravidität nur in $^1/_3$ der Fälle ins Becken ein und überschreitet fast nie den Eingang desselben. Bei wiederholter Schwangerschaft äußert sich der Einfluss der Beckenenge in noch weit höherem Grade als in der ersten. Die Häufigkeit des Hochstandes des Kopfes nimmt bei normalen wie bei pathologischen Beckenverhältnissen mit der Zahl der Schwangerschaften zu; bei verengten Becken rapider als bei weiten.

Was die Art und Weise betrifft, in welcher die Eindrückbarkeit des Kopfes in den Beckenkanal geprüft wird, so kann Ref. von einem Referat über diesen Punkt absehen, da sich ein solches bereits in dem Bericht über die Sitzungen der gynäkologischen Sektion der diesjährigen Naturforscherversammlung, speciell dem Vortrag P. Müller's

(cf. Jahrg. 1885 No. 42, p. 659) findet. Dagegen bedürfen die interessanten Ergebnisse der B.'schen Versuche hier noch der Wiedergabe. Er fand, dass sich bei normalen Verhältnissen des Beckens der Kopf für gewöhnlich so tief eindrücken lässt, dass nur ein geringer Theil seines Umfanges über der Symphyse zu fühlen ist. Ein auffallend abweichendes Verhalten weist auf eine Beckenanomalie hin.

Bei weitem Becken nimmt die Eindrückbarkeit des Kopfes mit vorrückender Gravidität zu, indem der hemmende Einfluss des Größerwerdens desselben durch sein Tiefertreten überkompensirt wird. Bei verengtem Becken nimmt sie entsprechend der Schwangerschaftsdauer ab.

Lässt sich der Schädel auch nur annähernd zur Hälfte in den Beckenkanal eindrängen, so kann man annehmen, dass die Geburt bei guter Wehenthätigkeit spontan verlaufen wird; eine geringere Eindrückbarkeit beweist jedoch nicht nothwendig, dass die Geburt ohne Kunsthilfe nicht vollendet werden wird, und es lässt sich in diesen Fällen ein bestehender Zweifel eher im guten Sinn deuten. Nur, wenn der Kopf unter dem Druck der untersuchenden Hand sich bedeutend über die Symphyse vorwölbt, kann man mit Sicherheit darauf rechnen, dass es selbst einer kräftigen Wehenthätigkeit nicht gelingen wird, ihn in und durch das Becken zu bringen. Hier ist also die unverzügliche Einleitung der künstlichen Frühgeburt indicirt. Rathsam ist es aber, sie auch da einzuleiten, wo der Kopf eindrückbar ist, aber nur mit einem Segment, welches einer Hälfte des Kopfes bedeutend nachsteht, da, wie oben erwähnt, bei pathologischen Becken die Eindrückbarkeit des Kopfes mit vorrückender Gravidität abnimmt. **Graefe** (Halle a/S.).

---

## 4) **O. Silbermann.** Recepttaschenbuch für Kinderkrankheiten.

Breslau, **W. Koebner,** 1884.

Das vorliegende Buch enthält die hauptsächlichsten in der Kinderpraxis vorkommenden Verordnungsweisen und Medikamente und ist wohl geeignet, den Studirenden sowohl, wie den in der Praxis stehenden Arzt auf diesem wichtigen Gebiete der Medicin rasch und genügend zu orientiren. Auf kurze allgemeine therapeutische Verordnungen folgt für jedes Leiden eine Anzahl von Receptformeln, von denen das Buch im Ganzen 930 enthält. Den zweiten Theil des Recepttaschenbuches bilden eine Reihe von Tabellen, von denen namentlich die Dosirungen der für das Kindesalter zur Inhalation und subkutanen Injektion gebräuchlichsten Mittel als recht praktisch zu bezeichnen sind. Auch die Reduktionen der Maximaldosen für Erwachsene auf die verschiedenen kindlichen Altersstufen sind entschieden recht zweckmäßig. An dem Buche auszusetzen wäre die häufige Wiederholung einzelner Receptformeln und der Mangel eines Krankheits-, wie Arzneimittelregisters, Übelstände, die bei einer zweiten Auflage sich leicht abändern lassen. **A. Seltmann** (Breslau).

---

## 5) v. Renz. Über Krankheiten des Rückenmarks in der Schwangerschaft.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1886.

Verf. bezeichnet als »Schwangerschaftslähmungen« nicht bloß diejenigen, welche während einer Schwangerschaft einsetzen und noch während derselben, oder doch unmittelbar darauf im Puerperium wieder verschwinden, sondern überhaupt alle — spinalen wie nicht spinalen — Lähmungen, welche während einer Schwangerschaft einsetzen, gleichviel wann und wie sie enden. Er glaubt, dass die pseudospinale Schwangerschaftsparaparese — die also den Charakter der Spinalität nicht besitze — viel häufiger sei, als man gewöhnlich annehme, speciell gelte dies von der »ostalgisch-myasthenischen Paraparese der unteren Extremitäten«, die dem Krankheitsbilde der Osteomalakie angehöre. Übrigens leugnet Verf. bei den osteomalakischen Paraparesen nicht in allen Fällen die Spinalität. Des Weiteren erwähnt er die wirklich spinalen Schwangerschaftslähmungen und erzählt 4 Fälle aus seiner Erfahrung (1 Fall von multipler Sklerose, 1 Fall von Querläsion des Rückenmarkes, 2 Fälle von atrophischer Spinallähmung, in welch letzterem die Frau trotz bestehender Lähmung noch 4 Geburten durchmachte, wie überhaupt am Unterkörper paraparetische und vollständig anästhetische Frauen das ganze Generationsgeschäft wiederholt durchmachen und nach wie vor dieselben Rückenmarkskranken bleiben können). Badeerfolg in diesen 4 Fällen gleich null oder minimal. Zum Schluss bemerkt Verf., dass die Schwangerschaftslähmungen keine besondere Gruppe bilden, da sie in ihrem Auftreten und Verlaufe nichts Besonderes an sich tragen. Die Schwangerschaft ist eben eine mehr zufällige Gelegenheit zu erhöhtem Stoffleben gewesen, während welcher die — vielleicht irgend wie vorbereitete — Rückenmarksaffektion eingesetzt hat. Höchstens bei der osteomalakischen Rückenmarkskompression ist der Zusammenhang unleugbar ein näherer. **Wiener** (Breslau).

---

## 6) Negri (Novara). Temperatur der Brustdrüse im Wochenbett.

(Annali di ostetr. etc. 1885. Mai—Juni.)

Ein Saugnapfthermometer wurde auf die rechte Brust aufgelegt und zugleich ein gewöhnlicher Maximalthermometer in die rechte Achselhöhle eingelegt. Im Ganzen wurden 23 Frauen untersucht. Die Temperatur der Brustdrüse ist im Wochenbett höher als in der Schwangerschaft oder bei nicht schwangeren Frauen. Nie war die Temperatur der Drüse höher als die Temperatur der Achselhöhle in sehr seltenen Fällen eben so hoch; sie schwankte zwischen 34 und 37° C., in Ausnahmsfällen war sie höher. Je größer der Milchzufluss, desto höher die Temperatur, eine konstant hohe Temperatur spricht für einen reichlichen Milchzufluss.

Somit fand Verf. die von Couret in seiner These (Paris 1884) aufgestellten Corollarien vollkommen bestätigt. **Liebman** (Triest).

---

## 7) **Tafani** (Florenz). Blutkreislauf in der Placenta einiger Säugethiere.

(Sperimentale 1885. August.)

Auf viele Injektionen gestützt, verwirft Verf. die neuerdings von Chaussier behauptete direkte Verbindung zwischen mütterlichen und fötalen Gefäßen.

Zu den Injektionen der vielen Placenten (Katze, Hündin, Meerschweinchen, Kaninchen) bediente sich Verf. der geschmolzenen Gelatine, die zur Klarlegung der Verhältnisse verschieden gefärbt wurde (Fötalarterie roth, Fötalvene blau, mütterliche Arterie gelb, mütterliche Vene grün). Verf. kommt zu folgenden Hauptschlüssen:

1) Aus der Gefäßvertheilung erhellt die Thatsache, dass die Scheibenplacenten nur Modifikationen der zonulären Form sind; man darf eine gewisse Uniformität des anatomischen Typus der Säugethierplacenta annehmen.

2) In ein und derselben Placenta (Katze, Hund, Nager) beobachtet man zwei verschiedene Arten von Gefäßvertheilung.

3) In jenem Theile der Placenta, der mehr dem Athmungsgeschäfte zu dienen scheint, verlaufen die Venen des Fötus in Berührung mit den mütterlichen Arterien und umgekehrt.

4) In jenem Theile, welcher vorwiegend zur Aufnahme der Stoffe zu dienen scheint, welche vom mütterlichen Organismus für den Fötus bereitet werden (Uterinmilch) sind die Gefäße ähnlich vertheilt wie in den Darmzotten mancher Säugethiere.

5) In dem mütterlichen Kapillarsystem fließt das Blut von der fötalen Fläche der Placenta gegen das Gebärmuttergewebe; in dem fötalen Systeme vom Uterusgewebe gegen die Chorialfläche der Placenta. **Liebman** (Triest).

---

## 8) **Sommer** (Dorpat). Ein neuer Beitrag zur Frage von der Stichhaltigkeit der Lungenschwimmprobe.

(Vierteljschr. für gerichtl. Medicin u. öffentl. Sanitätswesen N. F. Bd. XLIII. Hft. 2.)

Die Diskussion der Frage, ob es durch die Schultze'schen Schwingungen gelingt Luft in die Lungen todtgeborener reifer Kinder einzupumpen, gewinnt durch den Umstand eminente forensische Bedeutung, dass diese Methode der Wiederbelebung asphyktischer Kinder auch den Hebammen gelehrt wird. Hat letztere, wie Runge u. A. betont haben, auch bei todtgeborenen Kindern, positives Resultat, so fällt damit für eine große Reihe von Fällen der Werth der Lungenschwimmprobe für den Gerichtsarzt dahin. Die Einwände Hoffmann's sind, wie Verf. zeigt, nicht im Stande, die Runge'schen Bedenken zu entkräften, da H. in seiner neueren Publikation: »Weiteres über den Effekt Schultze'scher Schwingungen und ana-

loger Vorgänge« wiederum Versuche an einem 43 cm langen, dem 8. Schwangerschaftsmonate entsprechenden Kinde angestellt hat, bei welchem, wie schon Schultze betont hat, ein Effekt a priori nicht zu erwarten war. Sehr geeignet zur Beseitigung der bestehenden Kontroverse und zur Herabsetzung des Werthes der Lungenschwimmprobe in den Fällen, wo an dem todt- oder tief asphyktisch geborenen Kinde Schultze'sche Schwingungen ausgeführt wurden, erscheinen 2 Beobachtungen des Verf. aus der Klinik von Runge. Bei beiden zu den Versuchen benutzten Objekten war die Möglichkeit einer intra-uterinen Luftathmung ausgeschlossen. Im einen Falle starb die Frucht in der intakten Eiblase in Folge von Asphyxie bei Placenta praevia totalis. Im anderen starb die 2. Zwillingsfrucht in Folge von Asphyxie zu einer Zeit, wo der Kopf der ersten in der Beckenhöhle sich befand und von dem noch nicht vollkommen erweiterten Muttermund umschlossen war. In beiden Fällen erzeugten je 30 Schultze'sche Schwingungen dasselbe anatomische Bild wie an den Lungen, wie bei lebend geborenen Kindern, die bald nach der Geburt an den Folgen unvollkommener Athmung sterben. Im einen Falle fand sich auch im Magen eine größere Quantität Luft.

**Th. Wyder** (Berlin).

---

## 9) **Leopold Meyer** (Kopenhagen). Etwas über Vaginalpessarien.

(Hospitals-Tidende 1885. No. 41.)

Nach einer kurzen Übersicht über den jetzigen Stand der Pessarienfrage setzt Verf. die Anforderungen aus einander, die an ein gutes Pessar gestellt werden müssen. Der Arzt muss dasselbe für jeden einzelnen Fall selber genau anpassen können und es muss aus einem Material gemacht werden, das weder reizt, noch der Dekomposition der Genitalsekrete Vorschub leistet. Die erste Anforderung wird am besten durch die aus biegsamem mit einem Gummirohr überzogenen Kupferdraht verfertigten Pessare befriedigt, die letzte durch die Hartgummi- (oder Celluloid-) Pessare, die aber schwer zu biegen sind, da dieselben nur weich sind wenn sehr heiß. Es ist aber Verf. gelungen, die biegsamen Pessare von ihren Übelständen dadurch völlig zu befreien, dass man denselben einen Überzug von Jodoformkollodium (1 : 15) oder Jodoformfirnis (z. B. etwas Mastix in Jodoformäther 1 : 10 gelöst, oder Jodoform und Kanadabalsam in Chloroform nach Belieben) giebt. Die Pessare können sich dann 3 bis 4 Monate (so oft wechselt Verf. immer die Pessare) völlig geruchlos halten.

**Leopold Meyer** (Kopenhagen).

---

## 10) **Vogelius** (Fredericia). Exstirpatio uteri supravaginalis et castratio für ein Fibromyoma uteri.

(Ibid. No. 48.)

Der sehr unvollständigen Krankengeschichte zufolge dreht es sich in diesem Fall um eine große uterine Geschwulst, die mehr

durch Druck als durch Blutungen belästigte. Ref. hebt dies desshalb hervor, als hier — in Übereinstimmung mit den Erfahrungen von Howitz — beide Eierstöcke degenerirt waren; im linken Ovarium fanden sich mehrere kleine Fibrome, im rechten eine walnussgroße, hämorrhagische Cyste. Stielbehandlung extraperitoneal nach veralteter Methode ohne Umsäumung mit Bauchfell oder ähnlichen Maßregeln. Vom 4. Tage an Ansteigen der Temperatur, die bis 41,9 stieg. Am 9. Tage Blutung aus Nase und Rachen. Tod am folgenden Tage. Sektion wurde nicht gestattet; nach Wiedereröffnung der Wunde schien das Bauchfell, so weit es sich übersehen ließ, gesund. **Leopold Meyer** (Kopenhagen).

---

11) **G. Naumann** (Schweden). Fälle von »Tuberculosis peritonei mit Laparotomie behandelt.

(Hygiea 1885. Bd. XLVII. Hft. 10. p. 604—612.)

Verf. hat in 4 Fällen von Peritonealtuberkulose den Bauchschnitt gemacht. Alle 4 Pat. waren verheirathete Frauen; das Alter variirte von 23 bis 56 Jahren. Im ersten Fall, welcher schon im Jahre 1878 operirt wurde, ist die Diagnose nicht ganz sicher; diese Pat. wurde geheilt, ihr ferneres Schicksal ist aber unbekannt. Von den 3 sicheren Fällen starben 2 (Sepsis?); eine Frau genas und blieb noch $1^1/_2$ Jahr nach der Operation gesund. In allen Fällen fand sich sehr reichlicher Ascites. Weder Karbolausspülung noch Bestäubung mit Jodoform wurde angewandt, nur Peritonealtoilette mit gut ausgerungenen Karbolschwämmen. **Leopold Meyer** (Kopenhagen).

---

12) **Hamon de Fresnay.** Über Placenta praevia.

(L'abeille méd. 1885. No. 26.)

de F. polemisirt gegen das exspektative Verfahren bei Placenta praevia, speciell gegen die bei demselben in Anwendung gebrachte Wattetamponade. Als Beweis dafür, in welche Gefahr diese Methode das mütterliche und kindliche Leben bringt, führt er 4 Fälle an. Alle Mütter und Kinder starben. Doch verwirft de F. die Tamponade an sich nicht, sondern nur die Art, wie sie in den erwähnten Fällen gehandhabt worden. Er empfiehlt die Verwendung seines »hydrostatischen Ballons«, welcher, in die Vagina eingeführt, aufgeblasen wird und so sie tamponirt. Von Zeit zu Zeit soll derselbe entfernt werden, um sich über die fortschreitende Erweiterung des Muttermundes orientiren zu können. Nach den Erfahrungen des Verf. wird die Blutung sicher und vollständig gestillt. Ist nach einiger Zeit die Dilatation des Muttermundes noch keine vollkommene, so räth de F. ihn mittels des Fingers derart zu erweitern, dass ein operativer Eingriff möglich ist. Dieser soll dann sofort vorgenommen werden.

Vier Fälle, welche die Vorzüge dieses Verfahrens illustriren

sollen, werden in Kürze mitgetheilt. Die Mütter blieben sämmtlich am Leben; eine erholte sich in Folge des starken Blutverlustes nur langsam. Von den Kindern wurden zwei todtgeboren.

**Graefe** (Halle a/S.).

---

## Kasuistik.

13) **Mermann** (Mannheim). Ein Fall von Ektopie der Blase und Epispadie beim Weibe.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 1.)

Sechswöchentliches, kräftig entwickeltes Kind. Die äußeren Genitalien gebildet von 2 doppelseitigen Wülsten, welche M. als Labia minora, Praeputium clitoridis und Clitoris ansieht. Zwischen ihnen eine querovale Öffnung, welche in einen nach Kreuzbein und Rectum zu verlaufenden Kanal führt. Vom Rectum aus bei Einführung einer Sonde in diesen Kanal am Ende derselben in der Medianlinie des Beckens ein derber Körper, der Uterus, zu fühlen. Ovarien nicht nachzuweisen. Der erwähnte Kanal endet blind. An seinem Eingang eine vollständig umgeschlagene, der Wand anliegende cirkuläre Schleimhautduplikatur, das Hymen. Geringe durch feste Bandmassen ausgefüllte Diastase der Schambeine. Damm vollständig geschlossen. Ektopie der Blase.

M. nimmt zwei Operationsmöglichkeiten für diesen Fall an, als die eine Schaffung einer Vaginalrectalkloake als Harnrecipienten, als die andere Herstellung annähernd natürlicher Verhältnisse, indem zuerst eine von der Blase ausgehende, über dem Scheideneingang endigende Harnröhre gebildet, dann die Blasendeckung in typischer Weise nach Thiersch gemacht wurde.

Nach letzterem Plan will M. das Kind in 1 oder 2 Jahren operiren.

**Graefe** (Halle a/S.).

14) **Roemer** (Stuttgart). Ausreißung einer umgestülpten Gebärmutter in der Nachgeburtszeit.

(Ibid.)

Nach angeblich ganz normaler Entbindung einer 25jährigen Ipara bemerkte die Hebamme eine Geschwulst zwischen den Schenkeln der Frau. Ein hinzugezogener Wundarzt, welcher dieselbe für ein Fibroid hielt, riss sie unter großem Kraftaufwand sammt dem aufsitzenden Fruchtkuchen heraus. Das Präparat sandte er der Seltenheit wegen als Geschenk der kgl. Landeshebammenschule zu Stuttgart. Hier wurde konstatirt, dass die angebliche Geschwulst nichts Anderes war, als der invertirte Uterus. Fast sämmtliche Uterusanhänge waren mit entfernt. Die Stelle der Abreißung markirte sich durch einen Kranz bis zu 18 cm langen Fetzen.

Sofort, nachdem der Uterus herausgerissen, waren Dünndarmschlingen vor die Vulva prolabirt, von dem Wundarzt aber wieder reponirt. Ein abermaliger Prolaps am folgenden Tag wurde von der Hebamme zurückgeschoben. Erst 12 Tage später erlag Pat. der furchtbaren Verletzung. Bei der Sektion stellte sich heraus, dass ein langes Stück Dünndarm von seinem Mesenterium los-, vielleicht ein Theil desselben sogar ganz herausgerissen war.

Der Wundarzt wurde zu 2 Jahr 6 Monat Gefängnis verurtheilt.

**Graefe** (Halle a/S.).

15) **Runge und Thoma** (Dorpat). Ein Fall von Tuboovarialcyste.

(Ibid.)

37jährige, seit 15 Jahren steril verheirathete Frau. Seit 9 Jahren die früher normalen Menses schmerzhaft, unregelmäßig, von Kopfschmerz und Erbrechen begleitet. Der hauptsächlich auf die rechte Unterbauchgegend lokalisirte Schmerz trat später auch außerhalb der Menses bei Bücken, Heben etc. auf. Die Untersuchung ergab schmerzhafte, sich in die Tiefe des Beckens erstreckende Resistenz oberhalb des

rechten, horizontalen Schambeinastes. Bei kombinirter Untersuchung fand sich rechts von dem normalen Uterus eine prall elastische, etwa mannsfaustgroße, sehr empfindliche, bewegliche Geschwulst. Sie bestand aus 2 durch einen deutlichen Einschnitt getrennten Abschnitten. Der dem Uterus näher liegende ging in einen fingerdicken, sich verjüngenden, geschlängelt zum Uterus verlaufenden Strang aus. Der nach außen liegende, kleinere Abschnitt war härter und uneben; von ihm ließ sich gleichfalls ein Strang zum Uterus verfolgen. Linkes Ovarium von normaler Größe; rechts außer dem Tumor nichts, was ein Ovarium sein konnte. Diagnose: Kombination einer Eierstocks- und Tubengeschwulst. Operation und Heilungsverlauf ohne wesentliche Zwischenfälle.

Das Ergebnis der im Original sehr ausführlich beschriebenen anatomischen Untersuchung des exstirpirten Tumors fasst T. dahin zusammen, dass es sich nicht um eine kongenitale, sondern eine acquirirte Tuboovarialcyste gehandelt, welche in der Weise entstanden, dass ein kleiner, cystischer Hohlraum des Ovarium sich in die adhärente und cystisch erweiterte Tube eröffnete und zwar an einer Stelle, welche weder dem verschlossenen Ost. abdom. tub., noch einem accessorischen Tubarostium entsprach. Ob aber der cystische Hohlraum im Ovarium vor diesem Ereignis durch einen normalen Graaf'schen Follikel oder durch einen hydropisch erweiterten oder endlich durch ein cystisch degenerirtes Corpus lut. gegeben war, ließ sich nicht unbedingt entscheiden. Doch neigt T. zu der Ansicht, dass der ovariale Abschnitt der Tuboovarialcyste aus einem hydropisch vergrößerten Follikel hervorging. **Graefe** (Halle a/S.).

16) **Ehrendorfer.** Mittheilung über zwei an Hofrath Späth's Klinik ausgeführte Kaiserschnittoperationen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 1.)

1) 31jährige Vpara. Die vorausgegangenen 4 Geburten normal. Während der vierten Gravidität angeblich 2 Monate an Gelenkrheumatismus gelitten. Im 7. Monat der fünften Gravidität heftige Schmerzen in den Hüften und Beinen. Seitdem im Spital unter der Diagnose »Ischias« behandelt. Sectio caesarea nach Porro wegen Beckenverengerung durch Osteomalakie. Entwicklung eines lebenden, reifen Knaben. Tod der Mutter am 7. Tage post operationem an (circumscripter) Peritonitis.

2) 29jährige IVpara. 3 Geburten normal. Vor 28 Monaten in der Gegend der rechten Leistenbeuge zum ersten Mal eine rundliche, harte Geschwulst bemerkt. Im ersten Jahre langsames Wachsthum derselben. Rapide Zunahme während der Gravidität. Nach Weheneintritt und Fruchtwasserabgang in die Klinik aufgenommen. Untersuchung der sehr abgemagerten Pat. ergab einen nahezu die ganze rechte Bauchhälfte einnehmenden, derbelastischen, anscheinend mit dem Becken in fester Adhäsion zusammenhängenden Tumor, welcher sich unter dem Poupart'schen Band gegen den rechten Oberschenkel erstreckte. Dieser ödematös, zahlreiche Varikositäten aufweisend. Linke Bauchhälfte vom Uterus eingenommen.

Sectio caesarea. Bauchdeckenschnitt in der Mittellinie beginnend, gegen die Sp. ilei ant. sup. sin. verlaufend; Uterusschnitt von der Mitte des Fundus schräg herab zur unteren Insertion der linksseitigen Adnexa. Nach Extraktion des leicht asphyktischen Kindes. Hervorwälzung des Uterus, manuelle Kompression seines unteren Theiles, Lösung der Placenta. Theils tiefe, die Mucosa nicht mitfassende, theils peritoneale Nähte. Blutung aus einer Venenwunde im linken Lig. latum, nahe der Tube durch die letztere mitfassende Massenligatur gestillt. Uterus gut kontrahirt. Über denselben das große Netz ausgebreitet. Schluss der Bauchwunde. Tod der Wöchnerin am 6. Tage post operationem an jauchiger eitriger Peritonitis.

Aus dem im Original ausführlich mitgetheilten Sektionsbefund sei hier nur erwähnt, dass die Geschwulst sich als ein von der Bauchfascie ausgegangenes, in die Bauch- und Beckenhöhle gewuchertes Fibrom erwies, welches die Schenkelgefäße eine Strecke vor ihrem Durchtritt unter dem Poupart'schen Band und auch die an der Seitenwand des Beckens herablaufenden Gefäße und Nerven umfasste.

Außerdem sandte es einen hühnereigroßen Zapfen die Gefäßscheide entlang nach abwärts bis an den kleinen Troch. dexter. Eine Totalexstirpation des Tumors wäre unter diesen Verhältnissen kaum ausführbar gewesen.

**Graefe** (Halle a/S.).

17) **Bischoff** (Erlangen). Drei Fälle von Hernia diaphragmatica congenita.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXV. Hft. 3.)

B. beschreibt 3 Fälle von Hernia diaphragmatica congenita, welche eine überaus große Ähnlichkeit zeigen. Es ist nicht nur bei allen die Masse der in den Brustraum ausgetretenen Unterleibsorgane annähernd dieselbe, sondern es zeigen auch die Lücken im Zwerchfell eine große Gleichheit, wenn auch die räumliche Ausdehnung des Spaltes eine verschiedene ist. Im ersten Fall handelt es sich um eine kleinere, mehr spaltförmige Öffnung, welche mit Ausnahme einer kleinen Stelle überall von Muskelgewebe umgeben ist. In den beiden anderen Fällen nimmt der Defekt nahezu die ganze linke Seite ein; von der linken Hälfte des Zwerchfelles ist nur die etwas verkümmerte Pars lumbalis und ein vorderes sichelförmiges Rudiment der Pars costalis gebildet. Bei keinem der 3 Fälle aber überschreitet der Defekt die Mittellinie; immer hat derselbe am hinteren Theil der linken Zwerchfellhälfte seinen Sitz, immer betrifft er nur die Pars costalis, während die Pars lumbalis, wenn auch mit der rechtsseitigen verglichen, in geringerer Ausbildung vorhanden ist. Die Durchtrittsöffnungen für die großen Gefäße und den Ösophagus sind überall in gleicher Weise vollständig ausgebildet.

Da es sich in allen 3 Fällen um eine Hernia diaphragmatica handelte, welche sofort post partum den Tod des Kindes zur Folge hatte und da in den ersten beiden fast sicher und in dem letzten mit Wahrscheinlichkeit die Entstehung durch ein Trauma auf den graviden Uterus ausgeschlossen werden konnte, so nimmt B. an, dass die Missbildung eine Folge fehlerhafter oder vielmehr gestörter Entwicklung des Zwerchfelles sein müsse. Das störende Moment selbst sucht er in einer vor dem völligen Verschluss des Zwerchfelles eingetretenen Ausdehnung eines Theiles der Baucheingeweide gegen die spätere Pleurahöhle hin. Durch eine solche muss die weitere Ausbildung des Zwerchfelles in Folge der Dazwischenlagerung der betreffenden Eingeweide gehemmt werden, wenn der Druck von Seite derselben, welche ebenfalls zunehmen, dem weiteren Wachsthum des Diaphragma unüberwindliche Hindernisse in den Weg legt. Dass ein solcher ziemlich erheblicher, gegenseitiger Druck in der That zu Stande kommt, beweisen die tiefen Druckfurchen, welche an der in der Bruchpforte liegenden Leber gefunden werden.

Da der Defekt meist nur einseitig ist und sich in diesem Fall streng auf die eine Seite beschränkt, wie auch aus einer Reihe von B. aus der Litteratur zusammengestellten Fällen hervorgeht, so lässt sich daraus schließen, dass die Entwicklung des Zwerchfelles eine geringe ist. Fälle, bei welchen auch die Mitte des Diaphragma mit in den Defekt hereingezogen ist, sind sehr selten; sie dürften in der Annahme ihre Erklärung finden, dass das Zwerchfell auf seinen beiden Seiten in der Entwicklung gehemmt war.

Diese und andere Schlüsse, zu welchen B. auf Grund der von ihm selbst und anderen Autoren beschriebenen Fälle kommt, stimmen mit dem Bericht, welchen Waldeyer (Deutsche med. Wochenschrift 1884 No. 14) über die Entwicklungsweise des Zwerchfelles gegeben hat, überein. **Graefe** (Halle a/S.).

18) **G. Edwards** (London). Über Placenta praevia.

(Med. age 1885. No. 18.)

E. berichtet über 6 Fälle von Placenta praevia. Die Mütter blieben sämmtlich am Leben, eine erkrankte im Wochenbett (Phlegmasia alba dolens), von den Kindern wurden nur 2 lebend geboren.

Die Behandlung leitete E. in der Weise, dass er bei Schädellagen die vorliegende Placenta so weit ablöste, bis er zu den Eihäuten gelangen und diese sprengen konnte. Dann gab er Ergotin per os oder subkutan, wenn der Muttermund dehnbar und die Geburt nöthigenfalls auf operativem Wege beendbar war,

und unterstützte eventuell die Wehen durch einen leichten Druck auf den Uterus von außen. War der Muttermund noch nicht genügend erweitert, so zog er den losgelösten Theil der Placenta in die Vagina, komprimirte ihn zwischen den Fingern oder drückte ihn fest an die Vaginalwand, bis der Muttermund sich erweiterte und der herabsteigende Kopf der Blutung Einhalt that. Von der Tamponade machte er dreimal Gebrauch, jedes Mal weil er die Kreißende nach vorausgegangenem starkem Blutverlust für zu schwach hielt, um entbunden zu werden. In der Zwischenzeit lagerte er sie mit dem Kopf tief, gab Excitantien und — Opium!

In Fällen von Querlage bei Placenta praevia räth er durch äußere Handgriffe allein oder kombinirt zu wenden. Er warnt davor, die Placenta mit der Hand zu durchbohren und sie in den Uterus einzuführen. **Graefe** (Halle a/S.).

## 19) Aus englischen Gesellschaften.

### Clinical society of London.

(Lancet 1885. Mai 30. — Med. times 1885. Mai 30.)

Mr. R. W. Parker verliest einen Komitébericht über Spina bifida, der diese Frage nach zwei Seiten hin erörtert: 1) pathologische Anatomie, 2) klinischer Verlauf und Behandlung der Spina bifida.

Die Spina bifida hat in der großen Mehrzahl der Fälle ihren Sitz nach hinten zu, in seltenen Fällen jedoch sind die Wirbelkörper befallen und zwar die der Brustwirbel, der Bauch- oder Beckenwirbel zwischen den seitlichen Hälften der Körper. Die Präparate aus den Museen werden besprochen auf: 1) Sitz des Tumors, 2) Größe und Konfiguration des Sackes, 3) Bedeckungen, 4) Anordnung der Meningen im Tumor, 5) Verhalten der nervösen Elemente, 6) ungewöhnliche Abweichungen, 7) Heilungsprocess. Das Ergebnis war, dass die Präparate in drei Gruppen zerfallen: 1) Vorfall der Häute allein, einfache Meningocele; 2) Vorfall der Häute zugleich mit Rückenmark und Nerven, Meningomyelocele; 3) Vorfall des Rückenmarks mit Nerven; der Centralkanal ist sackartig erweitert unter Zugrundegehen der Rückenmarksubstanz, Syringomyelocele. Die häufigste Form ist die Meningomyelocele, Syringomyelocele die seltenste. Die mikroskopischen Untersuchungen haben ergeben: dass die vertikale Fissur nicht das Rückenmark umfasst, denn der Centralkanal kann als intakt in dem Nervengewebe nachgewiesen werden; dass bei den Meningomyelocelen das Rückenmark abgeplattet und mit dem Tumorsack im mittleren vertikalen Theil vermischt ist und dass die Nerven von dem ausgedehnten Rückenmark in gewöhnlicher Weise abgehen; drittens ergaben dieselben, dass es sich in der Wandung des Tumors um einen embryonalen Entwicklungsfehler im Mesoblastengewebe handelt.

Bei Besprechung des Verlaufes wird auf die große Mortalität hingewiesen. Der Registrar-General's Report weist im Jahre 1882 im Ganzen 649 Todesfälle wegen Spina bifida nach, davon 612 unter einem Jahr. Von Excisionen und Ligirungen wurden gute Erfolge gesehen. Besonders gute Erfolge sind nach Injektionen von Morton's Flüssigkeit — Jodglycerin — verzeichnet worden. Es wird auf die Schwierigkeit in der Diagnose, um welche Form der Meningocele es sich handelt, hingewiesen.

### Harveian society of London.

(Lancet 1885. Mai 30. — Med. times 1885. Juni 6.)

Dr. Champneys spricht über bestimmte Anhaltspunkte in der Diagnose der Cervikalstenose. Kurze Besprechung der anatomischen Verhältnisse: Das Orif. ut. int. gehört dem Uteruskörper an, die Größe desselben ist bei demselben Individuum variabel. Aus der Schwierigkeit der Sondeneinführung könne man die Diagnose nicht stellen, er meint, man könne dieselbe eher stellen beim Zurückziehen der Sonde, weil dann die Sonde sicher den richtigen Weg nehme. Folgen 16 Fälle von Cervikalstenose, beobachtet an St. George's Hospital. Spricht sich gegen blutige Incision des Orif. int. aus.

## Cambridge medical society.

(Lancet 1885. Mai 30.)

Dr. Bradbury berichtet über den Sektionsbefund einer Frau, die an Ovarialtumor litt und bei Lebzeiten an starkem Ascites und großen Flüssigkeitsmengen in der Pleurahöhle. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab, dass es sich um eine Sarkommischform handelte, die vom rechten Ovarium ihren Ausgang genommen hatte.

## Harveian society.

(Lancet 1885. Juni 13. — Med. times 1885. Juni 6.)

Dr. Handfield berichtet über einen Fall von Porro's Operation. Es handelte sich um ein ins Becken eingekeiltes Fibroïd, das die früher gehegte Hoffnung der Ausführbarkeit der Kraniotomie zur Unmöglichkeit machte. Nach der Laparotomie wurde Tumor und Uterus entfernt. Die Operirte starb am 3. Tage an Peritonitis.

## Academy of Ireland.

(Lancet 1885. Juni 13.)

An der Hand von 5 Uterustumoren bespricht Dr. Madden die Behandlung der Uterusfibromyome mit Enukleation.

Dr. Kidd spricht sich gegen zu frühe Eingriffe aus; die Behandlung variire je nach der Größe des Tumors: submuköse und interstitielle Myome sollten durch Enukleation entfernt werden. Die subserösen sollen wegen Schmerzen allein eine Indikation für die Operation nicht abgeben. Darm- und Blasenbeschwerden können oft durch Heben des Tumors beseitigt werden.

Dr. Macan betont die Gefährlichkeit der Enukleation gegenüber der Laparotomie und pflichtet den Anschauungen über subkutane Injektionen nicht bei. Bezüglich der Indikationen bezieht er sich auf die Schröder'schen Ausführungen. Die Battey-Operation hält er für oft schwer und wirkungslos.

Der Präsident weist auf das Gefahrvolle und oft Wirkungslose der Enukleation hin, mahnt zur Vorsicht gegen die Laparotomie und verspricht sich in nur besonderen Fällen Nutzen vom Ergotin. Er spaltete neuerdings das Gewebe über dem Tumor und machte nachher Injektionen von Jod und Karbol in die Uterushöhle mit gutem Erfolge in 14tägigen Intervallen.

## Sheffield medico-chirurgical society.

(Ibid.)

Mr. F. Woolhause erzählt von einem Fall von operirtem Myom. Uteruskörper wurden nebst Anhängen mit dem Tumor entfernt. Am 28. Tage nach der Operation starb Pat. nach einer heftigen Haematemese. Sektionsbefund: Perforirendes Magengeschwür, das mit dem Pankreas verlöthet war. Die Laparotomiewunde und der Uterusstumpf waren gut vernarbt. **Düvelius** (Berlin).

## 20) **Lomer.** Über einen Fall von kongenitaler partieller Obliteration der Gallengänge.

(Sep.-Abdr. aus Virchow's Archiv Bd. XCIX.)

L. beschreibt die Leber eines dem 6.—7. Schwangerschaftsmonate angehörigen, todtgeborenen Fötus, welcher die Erscheinungen der kongenitalen Syphilis an sich trägt; anamnestisch ist Lues der Eltern nachgewiesen. Der linke Leberlappen ist groß, sonst normal. Der rechte ist stark geschrumpft; seine Oberfläche uneben, das Gewebe hart und narbig. Aus der Mitte der oberen Fläche ragt eine kirschgroße, mit gelblicher Flüssigkeit gefüllte Cyste hervor; auch auf dem Durchschnitt zahlreiche kleine Cysten. Gallenblase, Ductus cysticus so wie rechter Ductus hepat. obliterirt. Der linke Duct. hepat. normal, so dass die Galle durch denselben aus dem normalen linken Leberlappen in den Duct. choledoch. und Darm secernirt wird. Interessant an dem Falle ist, dass sich der pathologische Befund auf den rechten Lappen beschränkt: hier hat die Obliteration des Duct. cyst. das Zusammenfallen der Gallenblase, und die Obliteration des rechten Duct. cyst. die Erweiterung der Gallengänge mit Cystenbildung in dem cirrhotischen Lappen zur

Folge. Die 14 in der Litteratur vorhandenen und vom Verf. tabellarisch zusammengestellten hierher gehörigen Fälle beziehen sich — im Gegensatz zu dem vorliegenden — sämmtlich auf lebend geborene Kinder, die entweder bald nach der Geburt oder nach mehrmonatlichem Leben starben. Alle sie haben gemeinsam die Obliteration resp. eine nur partielle Wegsamkeit der Gallengänge; der gegenwärtige Fall weicht von den anderen dadurch ab, dass hier die Erkrankung nur auf eine Leberhälfte beschränkt ist, dass sich Cystenbildung im Gebiete des verödeten Gallenganges findet, dass er eine nicht ausgetragene Frucht betrifft. Die Pathogenese anlangend, nimmt Verf. an, dass schon intra-uterin eine Perihepatitis — welche bei syphilitischen Neugeborenen beobachtet wird — bestanden hat und durch Bindegewebswucherung den Duct. cyst. und den Duct. hepat. abschnürte und verödete und so die halbseitige Erkrankung erzeugte.

**Toporski** (Posen).

## 21) **Piepers** (im Haag). Achter Jahresbericht des Vereins zur Leistung außergewöhnlicher Geburtshilfe für den kleinen Bürgerstand.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1884. No. 52.)

Vom 1. Juni 1883 bis 30. Juni 1884 wurden von 8 Hebammen 2079 Schwangere oder Gebärende inskribirt. In 341 Fällen wurde ärztliche Hilfe verlangt, in 226 Fällen genügten therapeutische Maßregeln oder guter Rath.

Bei 115 Frauen sind eine oder mehrere Operationen ausgeführt, 2 Frauen starben bald nach der Operation; eine an Haemorrhagia interna post partum, die zweite an Collaps, zwei Stunden nach der Wendung bei einer Placenta praevia Von den Kindern wurden 117 lebend und 12 todt geboren.

74mal wurde die Zange applicirt, meistentheils dynamischer, selten mechanischer Störungen wegen. Keine der Entbundenen starb und 69 Kinder kamen lebend zur Welt. Fünf waren todtgeboren.

Gesichtslagen kamen 2 vor; in beiden Fällen rettete die Zange das Leben des Kindes.

Steißlagen 19; 14mal wurde die Geburt der Natur überlassen. Mit Ausnahme von drei wurden alle Kinder lebend geboren (1 todtgeboren, 1 während der Geburt gestorben, 1 Acephalus). Zweimal war es eine sog. quere Steißlage. Extraktion rettete das eine, das andere todtgeboren.

Zweimal wurde bei hoher Stellung der Nates Extraktion an einem Fuß gemacht, welcher ein Kind erlag. Einmal wurde bei sehr tiefer Stellung und vollständigem Ausbleiben der Wehen mit dem stumpfen Haken ein Kind lebend geboren. Unvollkommen gedoppelte Steißlage kam nur einmal vor. Kind lebend geboren.

Querlagen 6; in allen Fällen wurde die Geburt durch die Wendung beendet. Eine der Entbundenen ist 2 Stunden post partum muthmaßlich an Haemorrhagia interna gestorben. Einmal wurde eine Frau von einem todten faulenden Kinde entbunden, in zwei anderen Fällen, in welchen auch Prolapsus brachii war, kam ein Kind lebend und das andere todt zur Welt. Von den 6 Versionen also unterlagen 1 Frau und 2 Kinder.

Prolapsus funiculi kam 6mal vor, von welchen 1 Kind starb, da der geringen Öffnung des Ostium uteri wegen ein operatives Verfahren nicht möglich war. Zweimal wurde die Zange mit gutem Erfolg angelegt, zweimal bei Fußlagen extrahirt und einmal die Wendung gemacht. Prolaps von der hinteren Vaginalwand kam einmal vor. Nach Reposition ist die Frau 14 Tage nachher normaliter entbunden.

Einmal diagnosticirte P., dass ein Fuß, eine Hand und der Funiculus prolabirt waren. Ein todtes Kind wurde extrahirt.

Eklampsie kam nur einmal vor. Der Forceps in Chloroformnarkose brachte ein lebendes Kind zur Welt. Nachdem es am 2. und 3. Tage recht gut ging, fing die Frau am 4. Tage über heftige Kopfschmerzen zu klagen an und wiederholten sich am 6. Tage die Anfälle von Eklampsie, denen sie erlag. (Sie wurde schon von einem anderen Arzte behandelt.)

Placenta praevia kam 6mal vor, mit darauf folgendem Tode einer Mutter und

zweier Kinder. In 3 Fällen wurde Wendung mit nachfolgender Extraktion gemacht. 3 Mütter und 2 Kinder lebend. 1 Kind todt. Zweimal lag der Kopf vor, 1mal handelte es sich um eine Querlage, 1mal Fußlage bei einer 8monatigen Schwangeren, Mutter und Kind lebend. Eine Frau mit allgemeinem Hydrops und Placenta praevia wurde dem Spital übergeben, wo sie mit einem todten Kinde niedergekommen ist. Die Frau ist nach lange währender Behandlung geheilt.

Der Todesfall betraf eine Frau, welche ante partum viel Blut verloren hatte und zur Zeit der Entbindung äußerst schwach und anämisch war. Trotzdem die Entbindung mit wenig Blutverlust, unter Narkose, recht gut verlief und vorsichtshalber Ergotin und Äther injicirt wurde, ist sie 3 Stunden post partum im Collaps gestorben.

Hämorrhagien ante partum kamen 5mal vor, ohne weitere üble Zufälle. Post partum wurde 12mal Hilfe hinzugerufen.

Placenta adhaesiva 3; von 2 wurde die Placenta manual abgelöst, im 3. Falle war Expressio Credé genügend.

Incarceratio placentae ist 4mal vorgekommen. Einmal war 4 Stunden nach der Entbindung die Chloroformnarkose nöthig zur Fortnahme der Placenta.

Für Gemelli wurde 8mal Hilfe in Anspruch genommen.

Die Positionen der Kinder waren:

1) a. Steißlage, natürliche Geburt; b. Steißlage, Extraktion
2) a. » » » b. Schulterlage, Wendung und Extraktion
3) a. » » » b. Kopflage » » »
4) a. » » » b. Steißlage, Extraktion
5) a. Fußlage, Extraktion b. Kopflage, Wendung und Extraktion
6) a. Kopflage, natürliche Geburt b. Fußlage, Extraktion
7) a. Steißlage, » » b. Kopflage, Wendung und Extraktion
8) a. » » » b. Steißlage, Extraktion.

Mütter und Kinder alle lebend.

Rekapitulirend über 8 Jahre:

| | Inskribirt | Anruf um Hilfe | Operation | Frauen erhalten | Frauen gestorben | Kinder erhalten | Kinder gestorb. od. todtgeboren |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Im 1. Jahre | 929 | 153 | 87 | 85 | 2 | 138 | 13 |
| » 2. » | 1065 | 180 | 91 | 90 | 1 | 83 | 8 |
| » 3. » | 1120 | 170 | 94 | 93 | 1 | 80 | 19 |
| » 4. » | 1327 | 206 | 86 | 84 | 2 | 81 | 15 |
| » 5. » | 1467 | 218 | 100 | 98 | 2 | 85 | 24 |
| » 6. » | 1777 | 237 | 112 | 109 | 3 | 123 | 16 |
| » 7. » | 1850 | 286 | 129 | 127 | 2 | 111 | 19 |
| » 8. » | 2079 | 341 | 115 | 113 | 2 | 117 | 12 |
| Summe in 8 Jahren | 11614 | 1791 | 814 | 799 | 15 | 818 | 126 |

**A. Mijnlieff** (Breukelen).

## 22) **Negri** (Novara). Fußmessungen Neugeborener.

(Annali di ostetricia etc. 1885. Mai—Juni.)

Zweck der 35 Beobachtungen, die Gönner'schen Angaben zu kontrolliren. Auch Verf. fand ein konstantes Verhältnis zwischen der Fußlänge und der Entwicklung der Frucht. Eine Fußlänge von über 8 mm fand sich stets nur bei Früchten, die über 3500 g wogen. **Liebman** (Triest).

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

ЁЯЭР
# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 4.** **Sonnabend, den 23. Januar.** **1886.**



## Die Vermeidung der Stichkanäle in Scheide und Mastdarm bei der Plastik des Septum recto-vaginale.

Von
**Dr. Carl Lauenstein,**
Oberarzt des Seemannskrankenhauses und Arzt am Diakonissenhause Bethesda zu Hamburg.

Durch frühere Fälle von Kolporrhaphie, so wie von Perineoplastik habe ich die Überzeugung gewonnen, dass zuweilen, trotz Anwendung strenger Antisepsis bei der Operation, in den Stichkanälen der Ausgangspunkt für gewisse Störungen des Wundverlaufes liegt, sei es, dass die Nähte früher, als erwünscht, durchschneiden und so einen, wenn auch geringfügigen Schleimhautdefekt setzen, sei es, dass hier und da Stichkanaleiterungen, ja in seltenen Fällen sogar kleine Abscesse auftreten, die freilich manchmal schon nach kurzer Zeit, zuweilen aber erst nach Abstoßung nekrotischen Gewebes zur Heilung gelangen.

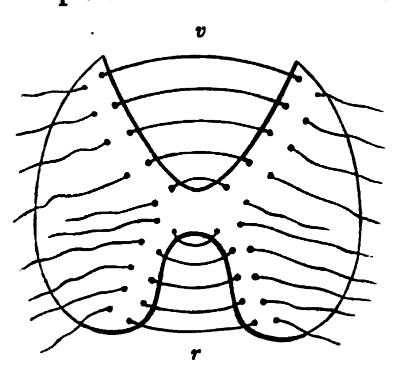
Ich habe daher in 4 Fällen von Perineoplastik, die mir im Laufe der letzten 2 Jahre vorkamen und in denen ich übrigens die von Simon, Hegar und Kaltenbach ausgebildete Technik einhielt, die Anlegung von Stichkanälen in der Scheiden- und Rectumschleimhaut vermieden.

In allen diesen Fällen trat ungestörte prima intentio ein. Aber darauf allein lege ich kein besonderes Gewicht, denn ich weiß sehr gut, dass jeder geschickte Operatenr und speciell Gynäkologe mit seiner gewohnten Methode gute Resultate erreicht; auch habe ich selbst erfahren, dass die genannten, von den Stichkanälen ausgehenden Störungen das Gesammtresultat der Operation meistens nicht in Frage stellen.

Aber die Möglichkeit liegt ohne Frage vor, dass durch die Stichkanäle vom Mastdarm- oder Scheidenkanal aus gewisse Schädlichkeiten oder — besser gesagt — die Mikroorganismen in die frische Wunde eindringen und den aseptischen Verlauf stören. In der Chirurgie wenigstens ist dies praktisch bereits erwiesen [1]. Der Chirurg vermeidet es daher bei allen Operationen im Bereiche des Magendarmkanales Nähte zu legen, die direkt von der Serosa zum Darmlumen gehen, wie es zum Beispiel bei der Jobert'schen Invagination noch erforderlich war; er legt entweder nur Serosa- oder Serosamuscularisnähte, oder aber außerdem noch isolirte Schleimhautnähte an.

Da überdies das Nahtverfahren, welches ich anwandte, abgesehen davon, dass es diesem wohlbegründeten chirurgischen Princip entspricht, auch bequemer ist, als das bisherige, so wage ich es, dasselbe mitzutheilen im Vertrauen darauf, dass Zweifel [2] offen ausspricht, dass nicht Neuerungssucht die Ursache der zahlreichen vorliegenden Operationsmodifikationen sei, sondern nur das berechtigte Bestreben nach besseren Resultaten.

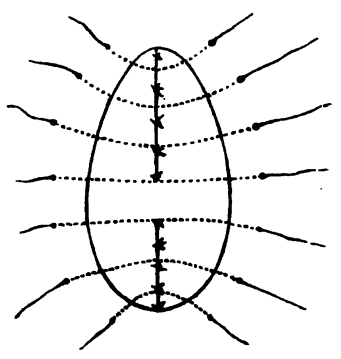
In dem ersten der 4 Fälle — Frau Sch., Mitte der 20er, entbunden zum 1. Male im Mai 1883 — handelte es sich um einen kompleten Dammriss. Trotz einer 6 Wochen nach der Entbindung versuchten Operation war Inkontinenz für Flatus und dünne Stühle zurückgeblieben. Der Damm war, als ich die Kranke am 23. Januar 1884 operirte, vollkommen durchrissen, der Riss vernarbt und zwischen Rectum und Scheide nur eine Wand von etwa $^3/_4$ cm Dicke übrig. Die Anfrischung hatte nebenstehende Form. Zuerst legte ich 5 Nähte zur Vereinigung des Rectumrisses (*r*), und zwar vom oberen Winkel beginnend in der Weise, dass ich etwa $^1/_2$ cm vom linken Wundrande entfernt in die Anfrischungsfläche ein- und dicht unterhalb der Schleimhaut ausstach, während dem entsprechend auf der anderen Seite dicht unter




[1] Kraske, Über einen üblen Zufall nach der Gastrostomie. Centralblatt für Chirurgie 1881. No. 3.

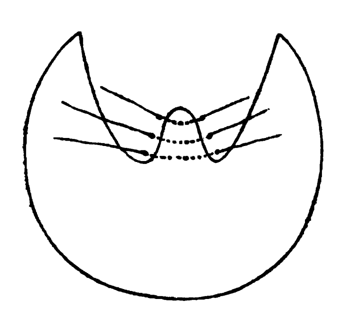
[2] Deutsche Chirurgie von Billroth-Lücke, Lief. 61. Die Krankheiten der äußeren weiblichen Genitalien und die Dammrisse.

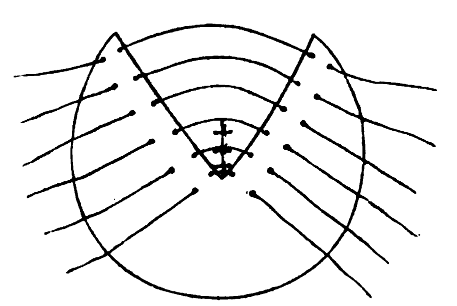
der Schleimhaut ein- und $^1/_2$ cm von da entfernt in der Wundfläche ausgestoßen wurde. Nachdem diese Nähte geknüpft waren, legte ich in derselben Weise 5 »submuköse« Nähte von Katgut für den Scheidenriss (*v*). Nach dem Knüpfen dieser letzteren hatte die Anfrischungsfigur etwa folgendes Aussehen. 7 Silberdrahtnähte vereinigten den Damm, der 6 cm Höhe erreichte. Dauer der Operation $^3/_4$ Stunde. Vollkommene Heilung.



In den 3 übrigen Fällen handelte es sich gleichfalls um Frauen, die nur einmal geboren hatten, im Alter von ca. 30, 25 und 38 Jahren. Es war bei allen dreien der größte Theil des Dammes durchrissen, aber in keinem Falle ging der Riss bis ins Rectum. Frau D. operirte ich am 16. December 1884, Frau W. am 6. Januar 1885 und Frau O. am 5. December 1885 und zwar 3, resp. 6 und 4 Monate nach der Entbindung. Es assistirten mir die Herren DDr. Sieveking, Fressel und Gutwasser.

In 2 Fällen, wo der Riss etwas weiter in die Scheide hinaufreichte, legte ich in den Wundwinkel oberhalb des Septum rectovaginale einige gewöhnliche, nach der Scheidenschleimhaut zu ge-





knüpfte Nähte; dann legte ich 5—6 Katgutnähte »submukös« und knotete sie nach der Wunde zu. In einem Falle nähte ich fortlaufend. Ehe ich mit 7—8 Silberdrahtnähten den Damm vereinigte, legte ich in den hinteren oberen Theil des zu bildenden Septum rectovaginale noch einige Werth'sche Nähte. Im letzten Falle nähte ich auch den Damm fortlaufend mit Katgut, ohne dass der Erfolg darunter litt.

Diese nach der Anfrischungsfläche zu geknüpften Nähte — »submuköse« könnte man sie zur Unterscheidung von anderen nennen — haben abgesehen von ihrem Werthe, den ich in dem Fehlen der Stichkanäle in Scheide und Mastdarm

sehen möchte, noch den technischen Vorzug, dass sie sehr bequem geknüpft werden können. Der Operateur zieht zum Knüpfen die Fäden zu sich her, während er sie bei der gebräuchlichen Art, die Nähte zu legen, von sich weg, nach dem Lumen von Scheide und Mastdarm hin zu knüpfen genöthigt ist. Man sieht bei dieser Art des Nähens das Septum rectovaginale gewissermaßen »von innen herauswachsen« und kontrollirt nicht bloß das Legen, sondern auch das Knüpfen der Fäden mit dem Auge.

Ich räume unumwunden ein, dass, falls von Seiten der Gynäkologen diesem Nahtverfahren ein praktischer Nutzen zugesprochen werden sollte, das Verdienst dafür Prof. Werth gebühren würde.

Wie manche andere Chirurgen, so habe auch ich mich zur Vereinigung tiefer Wunden seit der Werth'schen Publikation [3] vielfach seiner versenkten Etagennähte bedient, auf deren Princip ja im Wesentlichen mein Verfahren beruht.

Sollte diese Mittheilung dazu beitragen, den Werth'schen Nähten, über deren Zweckmäßigkeit unter den Chirurgen kein Zweifel herrscht, mehr und mehr Eingang auch in der Gynäkologie zu verschaffen, so würde damit ihr Zweck erreicht sein.

---

1) **Keller** (Bern). Zur Sublimatfrage.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 1.)

In der Berner geburtshilflichen Klinik wird seit Januar 1884 das Sublimat in ausgiebiger Weise als Antisepticum verwandt. Vor und nach der inneren Untersuchung der Schwangeren oder Kreißenden wird eine Ausspülung der Scheide mit $1/2$ Liter einer $1/2$‰igen Sublimatlösung gemacht, mit 1 Liter derselben Lösung nach vollendeter normaler Geburt. Nach operativen Eingriffen, nach lange dauernden Geburten, bei faultodtem Kind wird jedes Mal eine intra-uterine Injektion von 2—3 Liter einer 1‰igen Sublimatlösung ausgeführt. Im Wochenbett werden Scheidenausspülungen (eventuell 3mal täglich bis 3stündlich mit $1/2$‰iger Lösung) bei übelriechendem Ausfluss oder, wenn bei der Geburt eine intra-uterine Injektion nöthig war, gemacht. Letztere werden nur dann im Puerperium vorgenommen, wenn bei übelriechendem Ausfluss hohes Fieber besteht, oder intra-uterin manipulirt wurde, z. B. bei Entfernung von Placentar- und fibrösen Polypen.

Nach diesem Modus wurden während eines Jahres 321 Frauen, welche in der Berner Klinik niedergekommen sind, behandelt. Bei 53 derselben waren nach der Geburt intra-uterine Injektionen nöthig, bei nur 3 im Wochenbett. Ein Fall von erheblicher Sublimatintoxikation ist während dieser Zeit nicht vorgekommen. Nur 2mal wurde eine Stomatitis mercurialis mit leichter Salivation mit Sicherheit kon-

---

[3] Dieses Blatt 1879. No. 23. Über die Anwendung versenkter Katgutsuturen bei Operationen in der Scheide und am Damm.

statirt; bei einem dritten Falle war eine Gingivitis vorhanden, deren Ursache aber auch stark kariöse Zähne sein konnten.

Den Urin von 18 Frauen, bei welchen das Sublimat in koncentrirterer Lösung und in größeren Quantitäten angewendet worden war, hat K. nach den Methoden Ludwig's und Fürbringer's und deren Modifikationen von Paschkis auf Quecksilber, außerdem auch auf Eiweiß untersucht. 11mal ließ sich das Hg ganz deutlich als $HgI_2$ und 1mal sogar als reines Metall in kleinen Kügelchen nachweisen. Bei 2 Frauen war die Reaktion zweifelhaft; bei 4 wurde das Hg mit Sicherheit nicht nachgewiesen; bei weiteren 4 mit je 2 Untersuchungen war je eine von positivem und je eine von unsicherem oder negativem Erfolg. Fast überall, wo sich Hg nachweisen ließ, zeigte sich auch Albumen, wenn auch meist nur in sehr geringen Mengen. Bei einer mit einem großen Kropf behafteten Frau, bei der es nach Ausstoßung des Kindes und der Nachgeburt zu einem Collapsanfall gekommen war, trat in den ersten 24 Stunden post partum Anurie ein.

Aus den Resultaten seiner Untersuchungen schließt K., dass das in Form von $^1/_2$ und $1^0/_{00}$igen Lösungen zu Scheiden- und Gebärmutterinjektionen verwandte Sublimat sich im Urin meist deutlich nachweisen lässt, also resorbirt wird, dass ferner mit der Ausscheidung des $HgCl_2$ in den Nieren wahrscheinlich Veränderungen Hand in Hand gehen, denen bei toxischer Nephritis gleich. Es ist also das Sublimat zwar ein sicheres, aber als starkes Nierengift auch nicht ungefährliches Desinfektionsmittel. Bei vorsichtiger Anwendung jedoch in mäßig starken Lösungsgraden, $^1/_2$ höchstens $1^0/_{00}$ und in mäßig großen Mengen kann es kaum oder nur in sehr geringer Weise gefährlich werden. **Graefe** (Halle a/S.).

---

## 2) **M. A. Mendes de Leon** (Amsterdam). Medikamentöse Therapie bei Uterinblutungen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 1.)

M. de L. berichtet über die Resultate, welche er bei der Behandlung von ca. 40 Frauen mit Hydrastis canadensis erzielt hat. Vorzügliche Dienste hat ihm das Mittel bei Menorrhagien geleistet, zumal bei solchen, wo sich in Folge des gesteigerten Blutandranges zu den Genitalien starke Dysmenorrhoe einstellte; ferner bei den katarrhalischen Entzündungen der Schleimhaut des Corpus und Cervix uteri, bei chronischen Entzündungen des Beckenbindegewebes, bei denen während der Periode Unterleibsschmerzen eintreten; bei der mit Lageveränderungen, speciell mit Retroflexio und -versio uteri oft verbundenen, erhöhten Dauer und Schmerzhaftigkeit der Periode, schließlich bei klimakterischen Blutungen. Jede dieser 5 Kategorien illustrirt Verf. durch einige kurz mitgetheilte Beispiele. Aus fast allen derselben geht hervor, dass die Hydrast. canad. die Stärke der menstrualen Blutung verringert, die zu häufige Wiederkehr der

letzteren meist zur Norm zurückführt. Unangenehme Nebenwirkungen hat M. de L., abgesehen von geringfügigen Verdauungsstörungen — wiederholt wurde im Gegentheil der Appetit ein besserer — nur in 2 Fällen beobachtet. Bei diesen traten nervöse Erscheinungen auf. Der Puls zeigte sich sehr schwach und frequent; die Kranken waren deprimirt und hatten Hallucinationen; in dem einen Fall traten sogar Delirien und Bewusstlosigkeit auf kurze Zeit ein. Früher hatten die Pat. nie an ähnlichen Erscheinungen gelitten. Verabreicht wurde das Mittel ca. 14 Tage vor Eintreten der Menses in Dosen von 15 bis 20 Tropfen 4mal täglich, in einigen Fällen sogar während der ganzen intermenstruellen Zeit.

Die Wirkung der Hydrast. canad. bei uterinen Erkrankungen der oben angegebenen Art führt Verf. eben so wie Schatz nicht sowohl auf den auf die Uterusmuskulatur ausgeübten Einfluss, sondern auf die durch Anregung der Gefäßkontraktion herabgesetzte Kongestion zu den Genitalien zurück.

Auch die Mittheilungen M. de L.'s beweisen, dass durch die Hydrastis canad. der gynäkologische Arzneimittelschatz eine werthvolle Bereicherung erfahren hat. **Graefe** (Halle a/S.).

---

### 3) **Eichholz** (Jena). Die Blutungen intra graviditatem, intra partum, post partum.

(Deutsche Medicinalzeitung 1885. No. 84 u. 85.)

Verf. erörtert eingehend die Blutungen, die während der Schwangerschaft, während der Geburt selbst und nach derselben eintreten können, ihre Ursachen und ihre Therapie. Unter den Blutungen während der Schwangerschaft erwähnt er zunächst die sog. Menstruation während der Gravidität, die nach erfolgter Konception noch 2—3mal, selten bis zum Ende der Schwangerschaft erscheint. Sie ist eine pathologische, ausgehend von der erkrankten Cervikalschleimhaut; Therapie: absolute Ruhe und Schonung.

Häufiger sind Blutungen aus den äußeren Genitalien in Folge von Varicen, die auf Trauma oder spontan bersten. Prophylaxe und Therapie eben so wie bei Nichtgraviden. Handelt es sich um eine Extremität, so ist prophylaktisch eine Gummibinde und Hochlagerung anzuwenden, für regelmäßige Defäkation zu sorgen, Ergotininjektionen 0,1 mehrmals täglich in die Extremität; bei eingetretener Blutung Kompression und Naht.

Sehr selten sind Blutungen bei Graviden aus dem kavernösen Gewebe in der Gegend des Urethralwulstes, meist traumatisch, ohne direkten Zusammenhang mit der Gravidität. Therapie: andauernde Kompression mit Wundwatte, eventuell Umstechung, Unterbindung oder Naht.

Die häufigsten Blutungen haben ihre Ursache in vorzeitiger Trennung der Placenta von ihrer Ansatzstelle, hervorgerufen durch

Uteruskontraktionen und führen meist zu Abort. Sie können nach außen oder innen sich ergießen; in letzterem Falle ist man bei der Diagnose auf die allgemeinen Symptome der Anämie angewiesen. Therapie: in leichten Fällen exspektativ, in schweren Fällen Tamponade, die jedoch nach dem Verf. immer, außer wenn nur ein ganz kleiner Tampon zur Blutstillung nöthig war, Abort herbeiführt. Tamponade entweder mit aseptischer Watte oder durch Einlegung von Tarnier'schen oder Barnes'schen Blasen; letztere sind in ihrer Wirkung nicht so sicher und schmerzhaft, jedoch aseptischer. Wattetampons sind nach 12 Stunden zu entfernen; vor und nach der Tamponade reichliche Vaginalirrigation mit Sublimat 1 : 3000. Auch bei geringer Temperatursteigerung Herausnahme der Tampons mit folgender Desinfektion. Dauert in diesen Fällen bei unzugänglichem Muttermund die Blutung fort, so ist künstliche Entfernung des Eies indicirt mit einer stumpfen biegsamen Curette nach Munde. Selten wird Dilatation des Cervix nöthig sein; diese wäre vorzunehmen mit Uterusdilatatoren von Glas (Dtsch. Med.-Ztg. Jahrg. VI. No. 64); nach der Operation Uterusirrigationen mit Sublimat 1 : 5000. Nachbehandlung besteht in Eisblase und Secale mit Opium. Bei fehlender Temperatursteigerung unterbleiben alle Irrigationen.

Die wichtigsten Blutungen sind die in Folge von Placenta praevia. Abgesehen von den Fällen, wo die Blutung so gering ist, dass man sich auf Rückenlagerung beschränken und den spontanen Verlauf abwarten kann, ist die baldige Beendigung der Geburt herbeizuführen. Ist der Muttermund etwa 6 cm erweitert, so wird die Blase gesprengt, auf einen Fuß gewendet und extrahirt. Kann man den Fötalpuls beobachten, so braucht man sich mit der Extraktion nicht zu beeilen und kann die Ausstoßung eventuell den Uteruskontraktionen überlassen, die durch Reiben zu verstärken sind. Bei nicht genügend erweitertem Muttermund, bei gutem Kräftezustand der Mutter und gutem Fötalpuls muss man tamponiren; wegen der hier großen Gefahr der Infektion ist der Kolpeurynter, wenn er vertragen, vorzuziehen. Die Tamponade stillt nach dem Verf. die Blutung fast immer und bewirkt die Dilatation des Cervix. Die kombinirte Wendung, d. h. bei für einen Finger zugänglichem Cervikalkanal Wendung auf den Fuß und ganz langsame Extraktion unter stetiger Anziehung des Fußes, ist, da sie eine sehr ungünstige Prognose für das Kind giebt, nur in den Fällen vorzuziehen, wo es sich um eine sehr geschwächte oder bereits fiebernde Mutter handelt, wo die Tamponade die Blutung nicht stillt und das Kind bereits todt ist. Häufig sind bei Placenta praevia Nachblutungen in Folge Atonie des Uterus.

Ferner Blutungen in Folge von Blasenmolen, die sehr heftig sein und den Tod herbeiführen können. Die Diagnose ist bei nicht erweitertem Cervix nicht sicher zu stellen, erst dann, wenn man die Blasen im Uterus fühlt oder sie in dem ergossenen Blute findet. Man legt vor die Portio einen Tampon und giebt Secale. Bei zögernder Ausstoßung Entfernung der an der Wand sitzenden Blasen mit

dem Finger bei zugänglicher Uterushöhle, eventuell Anwendung des Credé'schen Handgriffes.

Von den Blutungen während der Geburt sind außer den nicht pathologischen regelmäßigen im Beginn der Eröffnungsperiode und den durch Placenta praevia bedingten vor allen zu erwähnen die durch Verletzung des Genitaltractus, besonders durch Uterusruptur hervorgerufenen. Zuerst ist diese durch geeignete Prophylaxe zu verhüten; droht eine solche, so ist die Geburt möglichst schnell zu beenden. Nach erfolgter Ruptur und Durchtritt des Kindes in die Bauchhöhle ist es durch den Riss wieder zu extrahiren. Bei Unmöglichkeit der Entbindung per vaginam wird die Laparotomie gemacht. Zur Nachbehandlung wird ein Drainrohr durch den Riss in die Bauchhöhle gelegt, eine schwache Irrigation mit Sublimat gemacht und die Wöchnerin auf die dem Riss entgegengesetzte Seite gelegt.

Viel häufiger sind die Cervixrisse, die, wenn sie nicht gerade bis ins Scheidengewölbe, selbst ins Parametrium reichen, nur eine geringe spontan stehende Blutung verursachen und von selbst heilen.

Blutungen post partum haben ihren Grund besonders in Atonie des Uterus, der sich schlaff und weich anfühlt. Meist genügt es durch Reiben den Uterus zu Kontraktionen zu bringen, die die Placenta ausstoßen, eventuell muss diese manuell gelöst werden. Steht auch dann die Blutung nicht, weil der Uterus sich nicht kontrahirt, so komprimirt man bimanuell, indem man von außen die hintere Wand des Uterus gegen die im vorderen Scheidengewölbe befindliche Hand drückt. Durch diese Abknickung des Corpus gegen den Cervix erzeugt man einen Verschluss des Cavum uteri, der fast immer die Blutung sistirt; nachher Secale, Eis und öftere Kontrolle des Uterus durch die aufs Abdomen gelegte Hand.

Selten kontrahirt sich die Placentarstelle allein nicht, sondern wölbt sich ins Cavum uteri hinein. Diese beginnende Inversion ist durch bimanuelle Kompression oder Liquor ferri zu bekämpfen, indem man einen Bausch Wundwatte an einer langen Kornzange in die verdünnte Lösung taucht (1 : 5 Wasser) und den Uterus innen damit auswischt. Innerlich Secale. Vor der Applikation von Liquor ferri kann man Injektion von Eiswasser mit Sublimat versuchen, die den Heißwasserinjektionen vorzuziehen sind, die zwar momentan die Blutung stillen, danach erst recht eine um so schwerer zu beseitigende Atonie des Uterus bewirken.

Bei größeren Blutungen aus größeren Cervixrissen trotz gut kontrahirtem Uterus, die jedoch selten sind, ist der Riss im Rinnenspeculum in Seitenlage mit einigen Suturen zu nähen und spritzende Gefäße zu unterbinden, was ohne Assistenz oft schwer oder gar nicht durchzuführen ist. In diesen Fällen ist die Blutung, falls sie wirklich aus der Vaginalportion und nicht aus dem Uteruscavum stammt, durch Tamponade mit styptischer Watte zu stillen; während der Dauer der Tamponade ist der Uterus in guter Kontraktion zu er-

halten, damit die Blutung in den Uterus hinein nicht weiter stattfindet. Bei etwa eintretender Anämie Ätherinjektionen subkutan 1,0 pro dosi alle 10 Minuten 4—6mal, ferner Alkohol in Form von heißem Grog, Moschus, Kampher. Tieferlegen des Kopfes, Einwicklung der Extremitäten in feste Flanellbinden, falls keine Varicen da sind. Im äußersten Falle Transfusion von 1 Liter Kochsalzlösung.

Vaginal- und Perinealrisse werden genäht, weil sie die Einführung septischer Stoffe erleichtern. Blutungen aus Rissen im Urethralwulst werden durch Kompression mit Watte oder dem Finger oder durch die Naht sistirt.

Blutungen in den späteren Tagen des Wochenbetts haben ihren Grund besonders in zurückgebliebenen Placentar- und Eihautresten, die man mit dem Finger entfernt und falls dies nicht gelingt, mit der Curette oder Schultze'schen Löffelzange; zu eventueller Dilatation wendet man die oben erwähnten Glasdilatatoren an.

Die seltenste aller Blutungen nach der Geburt ist die aus einem Hämatom der Vagina oder Vulva. Falls dasselbe noch nicht geborsten, Applikation von Kälte durch eine mit Eiswasser gefüllte Kautschukblase, die durch Kompression gleichzeitig der Vergrößerung entgegentritt. Etwaige durch Gangrän der Hautdecken oder eingetretene Sepsis nöthig gewordene Incision muss unter strenger Antisepsis gemacht werden; Nachblutungen sind durch Kompression mit Eisenchloridwatte zu stillen. **Weidlich** (Breslau).

---

4) **Viti** (Siena). Amnion.

(Bolletino della societa tra i cultori delle scienze med. Siena 1885. Hft. 5—7.)

Bau. Das Amnion hat einen sehr komplicirten Bau. Auf Grundlage der Untersuchung von 50 Eiern glaubt sich Verf. berechtigt im Großen und Ganzen die Resultate von Meola[1] zu bestätigen; die 4 Schichten ließen sich gut von einander unterscheiden, nur fand Verf. nie ein Endothel auf der Epithelialplatte; diese ist mit einer Schicht der Bindegewebsplatte innig verbunden. In der Bindegewebsplatte wurden nie Gefäße vorgefunden.

Jungbluth'sche Gefäße. Verf. hat mit großer Sorgfalt, um Irrthümer zu vermeiden, die verschiedensten Flüssigkeiten sowohl durch die Umbilicalvene als durch die Arterien in gesunde Placenten eingespritzt. Das Resultat war stets positiv; es drang Flüssigkeit in den Fruchtsack ein; nur dass bei gleichem Injektionsdrucke während derselben Zeit die siebenfache Menge Flüssigkeit in den Sack drang, wenn man durch die Vene einspritzte. Injektionen von farbigen Flüssigkeiten in die Arterien brachten die Jungbluthschen Gefäße gut zum Vorschein. Auch in der vollkommenen Gefäßlosigkeit des Amnion stimmt Verf. mit Jungbluth überein und glaubt er, dass die eben erwähnten Gefäße streng genommen anatomisch nicht zum Amnion gehören, keine Vasa propria seien.

---

[1] Centralblatt für Gynäkologie 1885. No. 27.

Hydramnion. In einem Falle fand Verf. die Epithelschicht des Amnion zerklüftet; es fanden sich in derselben größere und kleinere Lücken, in welchen die subepithelialen Fasern frei zu Tage lagen. Das Protoplasma der Zellen war granulirt und fettig degenerirt. Verf. hatte keine Gelegenheit, andere Fälle von Hydramnion zu untersuchen, weiß daher nicht, ob dieser Befund ein konstanter sei.

**Liebman** (Triest).

---

## 5) **Negri** (Novara). Einfluss der Menstruation auf die Entwicklung der Frucht.

(Annali di ostetricia etc. 1885. Mai—Juni.)

1) 333 Beobachtungen in 11 Tafeln zusammengestellt, gestatten den Schluss, dass reife Früchte von Müttern, die sehr früh menstruirt wurden, größer und schwerer sind als Früchte von Frauen, die ihre erste Menstruation relativ spät bekamen.

2) 195 Beobachtungen über den Einfluss des Geschlechtsalters[1] der Erstgeschwängerten auf die Entwicklung der Frucht führen Verf. zu folgenden Resultaten: a) das Geschlechtsalter der Mutter scheint einen Einfluss auszuüben auf die Entwicklung der Frucht; b) bei hohem Geschlechtsalter sind die Früchte weniger entwickelt; c) die höchste Entwicklung haben Früchte, die im 6. bis 10. Jahre des Geschlechtsalters der Mutter geboren wurden. **Liebman** (Triest).

---

## 6) **Apostoli** und **Doléris** (Paris). Über eine neue Behandlung der peri-uterinen Hämatocele durch negative Galvanopunktur.

(Zeitschrift für Therapie 1885. No. 18.)

Vermittels der negativen Galvanopunktur wird möglichst im Mittelpunkt des Tumors nach vorhergegangener Rectovaginaluntersuchung, um sich über die Lage des Uterus, der Eingeweide oder der größeren Gefäße zu orientiren, ein Schorf gebildet, der zu einer Fistel führt, die sich einige Tage offen hält. Die Dosis der Operation ist so viel als möglich zu erhöhen, man wird auf 100 Mill. Ampères steigen müssen, was sich durch Anwendung von Töpferthon zur Herstellung des positiven Pols leicht ermöglichen lässt. Dauer 5—10 Minuten. Die Operation ist so bald als möglich vorzunehmen. Gewöhnlich genügt eine Galvanopunktur; schließt sich die Fistel, bevor es zu vollständiger Repression gekommen, so kann eine zweite folgen. Am besten anzuwenden ist das Léclanché-Element. Der wirksame Pol soll ein Trokar von mittlerer Größe sein, welcher auf eine mittlere Tiefe von 1—2 cm eindringen kann. Der indifferente Pol ist ein großer Kuchen aus Töpferthon, der über den Bauch oder eine der Hüften der Kranken gelegt wird. Die Vagina ist zu schützen

---

[1] Età sessuale, i. e. die Zahl der Jahre, die seit dem Auftreten der ersten Menstruation verflossen sind.

durch eine Manschette aus Glas oder Kautschuk. Sorgfältige Antisepsis während der Operation durch Ausglühen des Trokars, nachher 2mal täglich Karbolausspülungen des Sackes, der, wenn nöthig, ausgeschabt wurde. Wird ein größeres Gefäß getroffen, so kann eine bedeutende Hämorrhagie eintreten, die schnell zu stillen ist.

**Weidlich** (Breslau).

---

# Kasuistik.

## 7) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 11. December 1885.

Vorsitzender: Herr Schröder, Schriftführer: A. Martin.

I. Demonstration von Präparaten.

1) Herr Benicke zeigt einen Fötus vor aus dem Beginn des dritten Schwangerschaftsmonats. Derselbe stammt von einer Frau, die mehrmals normale Kinder geboren hat. Der Fötus zeigt eine seltene Doppelmissbildung: 2 Köpfe, 4 Arme und 3 Beine (Dicephalus tetrabrachius tripus). Zwischen den 2 Beinen der einen Seite liegen die Geschlechtstheile. Die 4 Arme sind auffallend lang. Der eine Fötus ist ein Hemicephalus und zeigt einen großen Defekt der vorderen Bauchwand.

2) Herr Schröder demonstrirt a) ein großes subseröses Myom, dessen Operation durch die Entwicklung der einzelnen Knoten in das subseröse Gewebe des kleinen Beckens sehr erschwert war. Die Ausschälung gelang nach entsprechender Versorgung der zuführenden Gefäße.

b) Vortr. legt ein Präparat vor, das durch supravaginale Amputation gewonnen worden ist. Es war bei der Pat. durch Auskratzung eine carcinomatöse Erkrankung der Uterusschleimhaut festgestellt worden. Außen am Uterus fanden sich kleine Knoten, welche als auffallend harte, also wahrscheinlich in der Rückbildung begriffene Myome angesprochen wurden. Eine vaginale Entfernung erschien durch die senile Atrophie der Scheide ausgeschlossen, zudem war der Uterus in Folge inniger Verwachsung mit der hinteren Beckenwand fast unbeweglich. Als einzige Möglichkeit erschien unter diesen Umständen die supravaginale Absetzung nach Laparotomie. Die Knoten am Corpus waren verkalkte Myome, deren eines im Ligament saß. Die sehr schwierige Operation konnte nur schrittweise vorgenommen werden, auch verlor Pat. dabei mehr Blut als bei derartigen Operationen gewöhnlich. Auch nachdem die Vernähung schon nahezu abgeschlossen, trat nochmals eine Blutung auf, die erst nach weiterer Naht stand.

II. A. Martin spricht »über Prolapsoperationen«.

Der Vortr. giebt Bericht über 192 Prolapsoperationen, welche er seit der ersten Mittheilung über das von ihm geübte Verfahren (Naturforscherversammlung in Baden 1879 und Sammlung klinischer Vorträge No. 182/183) operirt hat. Er hat unter diesen Fällen nur 6mal den Uterus so weit intakt gefunden, dass derselbe nicht in den Bereich der Operation hat hineingezogen werden müssen; in den anderen Fällen galt es Schleimhaut-, oder Gestalt-, oder Konsistenzanomalien durch Abrasio mucosae oder Amputatio colli oder (in 3 Fällen) durch Exstirpatio uteri vaginalis zu beseitigen. Nur 3mal war die vordere Scheidenwand intakt und bedurfte keiner Verjüngung. Hier, an der vorderen Scheidenwand, wurde mehr Gewicht auf die Beseitigung der Wulstungen am Bulbus urethrae gelegt, als auf eine ausgiebige Anfrischung im Scheidengewölbe. An der hinteren Scheidenwand und dem Damm wurde die von dem Vortr. angegebene Anfrischungsfigur (Excision der seitlichen Furchen, neben der Columna rugarum posterior und Perineauxesis) durchgeführt. Die Operationen geschahen unter permanenter Berieselung. Zur Naht wurden in 171 Fällen nur Seidenfäden verwandt, 4mal wurden versenkte Katgutfäden angelegt, 5mal die fortlaufende Naht mit geflochtenem Katgut, 12mal die mit Juniperuskatgut gemacht. In allen Fällen heilte die Anterior befriedigend,

auch die Operation in der Scheide war konstant erfolgreich. Die Perineauxesis war in den Fällen mit versenkten Fäden und mit geflochtenem Katgut nicht ganz befriedigend, aber sonst durchgehend und vollständig. Vortr. hält das Nähen mit Juniperuskatgut in fortlaufenden Fäden für sehr günstig, besonders mit Rücksicht auf die Umgehung der sonst wohl lästigen Entfernung der Fäden aus der Tiefe der verjüngten Scheide. Da er mehr als sonst bei dieser fortlaufenden Naht Nachblutungen beobachtete, so empfiehlt er, besonders bei dem Vorhandensein größerer Varicen oder stärkerer parenchymatöser Blutung aus den Anfrischungsflächen, die partielle Unternähung mit Seidenfäden.

Nachblutungen waren, abgesehen von solchen mit fortlaufenden Katgutfäden genähten Fällen, nicht in bedrohlicher Weise vorgekommen. Nur 7mal war die Rekonvalescenz durch Fieber gestört; dabei wurde die sonst wohl empfohlene Öffnung der Naht nicht vorgenommen und in auffallender Weise günstige Verheilung beobachtet, 2mal kam es zu parametritischen Exsudaten.

Von den 80 Pat., welche vermöge ihres Alters noch zu einer Konception disponirt erschienen, haben 13 von Schwangerschaft und Geburt Nachricht gegeben. Die Operationswunde hielt und ist in den betreffenden Fällen ein Recidiv des Prolapses nicht aufgetreten. Dagegen kamen sonst 11 Recidive zur Kenntnis. Davon waren 6 bei Frauen, deren unvollständige Heilung und Abwartung diese Eventualität von vorn herein nicht ausschloss. Bei 3 trat mit zunehmendem senilen allgemeinen Fettschwund eine erneute Procidenz hervor. Zwei Frauen ließen einen Grund nicht erkennen. Beide kräftig, in noch relativ jugendlichem Alter, scheinbar in relativ guter Pflege. 2 von diesen 11 Pat. unterzogen sich einer 2. Operation. Die eine blieb nunmehr, nach der Methode des Vortr. operirt, gesund; sie war das erste Mal nach Hegar operirt und ist in des Vortr. ersten Berichten mit aufgeführt. Die andere gehört zu den Recidiven ohne erfindliche Ätiologie. Sie bekam auch nach der 2. Operation ein Recidiv und wurde nun nach Neugebauer operirt. Aber obwohl damit wieder eine günstige Narbenbildung erzielt wurde, platzte bei der ersten körperlichen Anstrengung (ca. 3 Monate post operationem III) auch diese Narbe und musste Pat. nunmehr mit einer Stütze versehen werden.

Die Diskussion über diesen Vortrag wird vertagt. (Der Vortrag ist in No. 2 1886 der Deutschen med. Wochenschrift abgedruckt.)

III. Herr Winter: Über die Berechtigung der zeitlichen Trennung der Extraktion von der Wendung.

Vortr. glaubt, die Lehre von der zeitlichen Trennung der beiden Operationen und dem Abwarten nach der früh gemachten Wendung sei entstanden aus der im Anfang unseres Jahrhunderts sich verbreitenden Lehre, dass Fußlagen auch spontan verlaufen und dabei eine bessere Prognose bieten, als wenn sie extrahirt würden, und weiterhin aus der falschen Voraussetzung, dass die künstlich (durch Wendung) hergestellte Fußlage dem Kinde dieselbe Prognose böte, als die natürliche Fußlage.

Der jetzt meistens verfochtenen Lehre, dass man nach frühzeitigem Fruchtwasserabfluss möglichst früh wenden soll, um den üblen Folgen des Zuwartens zu entgehen, kann er nicht beitreten, sondern er glaubt, dass man besser thut, wenn man das Verstreichen des Muttermundes abwartet und dann beide Operationen in einem Tempo macht; mit 310 einfachen Querlagen bei normalen Becken aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik sucht er diesen Satz zu beweisen.

Vortr. schließt zunächst kurz die häufig vertretene Lehre, dass die Kinder das Abwarten nach dem frühen Blasensprung nicht vertragen, desshalb aus, weil der Tod immer erst dann eintritt, wenn man über das Verstreichen des Muttermundes hinaus wartet.

Er geht dann weiter ein auf die üblen Folgen des Abwartens für die Erschwerung der Wendung und analysirt das Bild der sog. vernachlässigten Querlage, welches nach dem längeren Abwarten entstehen soll, in 3 Bilder:

1) Die innige Anlagerung des Uterus, die sog. »passive Zusammenziehung«; dieselbe hat keine Bedeutung, weil sie in der Eröffnungsperiode nie so stark wird, dass sie, eventuell in Narkose, nicht überwunden werden konnte.

2) Den Tetanus uteri; derselbe beansprucht desshalb keine Bedeutung, weil er ein specifisches pathologisches Moment mit meist bekannten Ursachen ist, welche sich immer vermeiden lassen.

3) Die sog. verschleppte Querlage i. e. starke Dehnung des unteren Uterinsegments mit tiefer Einkeilung der Schulter. Dieser Zustand tritt in irgend eine Bedeutung beanspruchendem Grade ebenfalls erst ein, wenn über das Verstreichen des Muttermundes hinaus gewartet wird; während der Eröffnungsperiode entwickeln sich diese Verhältnisse nicht.

Vortr. beweist dann statistisch den größeren Werth des Verfahrens der beiden in einem Tempo gemachten Operationen gegenüber dem der frühen Wendung nach frühzeitigem Blasensprung und Abwarten.

Die Resultate sind: 238 Fälle von Wendung mit sofortiger Extraktion mit 2% todten Kindern, 18 Fälle von früher Wendung mit Abwarten oder später Extraktion mit 50% todten Kindern.

Die Gründe für die schlechte Prognose für die Kinder, welche noch nach der Wendung im Uterus bleiben, sind:

1) Nabelschnurinsulte und Umschlingungen.

2) Eindringen von Luft, welche vorzeitige Athembewegungen anregt.

3) Placentarablösungen, vor Allem nach dem von Schröder-Stratz publicirten Modus.

Vortr. glaubt desshalb als allgemeine Regel aufstellen zu sollen: Man warte mit der Wendung bis zum Verstreichen des Muttermundes und schließe dann die Extraktion sofort an; nur für bestimmte Indikationen befürwortet er die frühe Wendung mit Abwarten.

1) Placenta praevia.

2) Infektionsfieber intra partum.

3) Beginn intra-uteriner Asphyxie des Kindes.

Bei Wehenschwäche empfiehlt er lieber andere wehenerregende Mittel, als heiße Duschen gegen den Muttermund zunächst zu versuchen.

Bei Wendungen aus Kopflagen soll man, wenn möglich, auch immer die beiden Operationen in einem Tempo machen.

(Der Vortrag ist in extenso in Bd. XII der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie erschienen.)

---

### 8) **Seitz** (München). Eine seltene Missbildung des Thorax.

(Virchow's Archiv Bd. XCVIII.)

S. hat an einem 28jährigen kräftigen Mann, der von gesunden Eltern stammt, folgende seltene Abnormität beobachtet:

Linke Clavicula tiefer stehend, verdickt, stärker nach vorn gekrümmt als die rechte. Die vordere Thoraxhälfte ist ganz asymmetrisch, rechts kräftig entwickelt, von normaler Wölbung, links an Stelle der letzteren eine pfannenartige Vertiefung von 18 cm Länge, 12 cm Breite und 1,5 cm Tiefe mit diversen Hervorragungen. Die linke Mamilla fehlt vollständig. Der Umfang der Thoraxhälfte über der Mamilla beträgt 46 cm, der linken 42,5 cm. Die Wirbelsäule zeigt eine leichte Skoliose nach links. Das Sternum — 16,5 cm lang — zeigt statt der Ansatzstelle der 2. Rippe links einen halbmondförmigen Defekt von 3 cm Länge und bis 1,5 cm Breite; unterhalb desselben ist der linke Sternalrand wesentlich nach vorn gekrümmt, so dass er mit den Ansätzen der 6. und 7. Rippe einen Winkel von 30 bis 40° bildet; die 1. Rippe links zeigt keine Abnormität. Die 2. Rippe links endet frei, daumenbreit von dem beginnenden Sternaldefekt mit einer Verdickung und prominirt. Die 3. Rippe endet gleichfalls frei in der linken Parasternallinie gerade nach abwärts verlaufend von Federkieldicke, 6,5 cm entfernt vom defekten Sternum. Die 2. und 3. Rippe sind in der vorderen Axillarlinie verwachsen; die 4. und 5. Rippe endigen gleichfalls frei, 4 cm vom linken Sternalrand, vorn zusammen verschmolzen in eine zweimarkstückgroße flache Platte. Die 6. Rippe zeigt keine Kontinuitätstrennung, doch ist sie sehr stark nach abwärts gekrümmt und zeigt an der tiefsten Stelle eine haselnussgroße Verdickung, unterhalb welcher

eine thalergroße Vertiefung folgt. Die 7. Rippe endlich zeigt wieder nahezu normales Verhalten.

Vom M. pectoralis major. sin. besteht nur die Portio clavicularis; der M. pect. minor fehlt ganz; auch die Mm. intercostales fehlen auf der linken Thoraxhälfte. Der M. latissimus dorsi und M. serratus ant. major sind sehr schwach entwickelt. Dagegen ist die Pars clavicularis m. deltoid. sin. und der M. cucull. sin. stärker als rechts entwickelt. Auch das Fettpolster ist im ganzen Bereich der Abnormität geschwunden. Dadurch entstehen an den Stellen der Knochendefekte tiefe Gruben, die sich inspiratorisch einziehen, bei forcirter Exspiration sich dagegen bis 2 cm hervorwölben (Herniae pulmonales). Das Herz ist nach rechts verlagert, so dass der Spitzenstoß unterhalb des Scrobiculus liegt.

Die Ursache dieser Abnormität ist nach Verf. eine intra-uterine. Es kann der linke Arm über der Brust gelegen und so einen Druck ausgeübt haben, oder es hat ein Uterustumor (Myom) gegen diese Fläche gedrückt. Durch diesen andauernden Druck sei die Entwicklungshemmung zu erklären.

**Heilbrun** (Breslau).

### 9) **James Boyd** (Albany). Ein Fall von angeborener Missbildung des Mastdarmes bei einer erwachsenen Frau.

(Amer. journ. of obstetr. 1885. Oktober. p. 1025.)

Die Kranke, 23 Jahre alt, litt seit ihrer vor 7 Monaten erfolgten langdauernden Entbindung an Incontinentia urinae. Die Untersuchung zeigte, dass der untere Theil der Urethra zerrissen war. Die Vulva war eng, der Damm intakt. Von besonderem Interesse war, dass der Mastdarm in die Scheide sich öffnete. Die recto-vaginale Öffnung befand sich tief unten in der hinteren Wand der Scheide und war hinreichend groß, um die freie Entleerung der Fäces zu ermöglichen. Die Wände des abnormen Anus waren in direkter Berührung, bei Einführung des Fingers fand sich kein Widerstand. Es fand sich kein vollständig entwickelter Sphincter.

**Engelmann** (Kreuznach).

### 10) Aus der Straßburger med. Gesellschaft. Sitzung vom 7. Mai 1885.

(Gaz. méd. de Strasbourg 1885. No. 7.)

Lentz (Metz) berichtet über eine Ovariotomie, bei welcher die Cystenwand rupturirte und der Inhalt sich in die Peritonealhöhle ergoss. Trotzdem Heilung ohne Störung.

Boeckel (Straßburg) theilt einen Fall mit, in welchem das Peritoneum eine ungewöhnliche Toleranz bewies. Kompression des Rectum in Folge eines in das kleine Becken eingekeilten Uterusfibroms. Vollständige Obstipation. Versuche, das Fibroid zu reponiren, waren erfolglos. Kolotomie. Pat. lebte danach noch einen Monat. Bei der Sektion fand sich eine Ruptur des Colon, wahrscheinlich bei den Repositionsversuchen entstanden. Ein großer, trockner Kothballen von ca. 9 cm Länge lag abgekapselt in der Peritonealhöhle.

Koeberlé (Straßburg) sah zweimal Rupturen von Dermoidcysten mit Austritt des schmierigen Inhaltes und der Haare in die Bauchhöhle. Reaktionslose Heilung.

**Graefe** (Halle a/S.).

### 11) **Fraipont.** Ein Fall von Kastration wegen Uterusmyom.

(Sep.-Abdr. aus Annales de la société méd.-chir. de Liége.)

Pat., eine 48jährige Nullipara, ist seit 28 Jahren verheirathet und menstruirte bisher regelmäßig unter mäßigem Blutverlust. Seit $2^1/_2$ Jahren tritt die Periode in drei-, zuletzt in zweiwöchentlichen Intervallen auf und wird sehr heftig. Seit 4 Jahren Gefühl von Schwere im Leibe, häufiger Urindrang und allmähliches Anwachsen des Leibes. Ergotin ohne jeden Erfolg. Die Untersuchung ergiebt ein die Nabelhöhe überragendes Myom, welches mit seinem unteren Segmente retrocervical liegt und die Kreuzbeinhöhle unvollkommen ausfüllt. Der Tumor ist beweglich. Von der geplanten und begonnenen Myomotomie wird Abstand genommen, da die Geschwulst nur unter Bildung eines sehr dicken (12 cm Durchmesser) Stieles hätte

entfernt werden können und da die Ovarien, von dem Tumor in die Höhe gezogen, leicht zugänglich und abzubinden waren. Da Pat. der Klimax nahe stand, so wurde vom Operateur (Prof. Winiwarter) die Kastration beschlossen und ausgeführt. Bauchdeckennaht. Verlauf fieberfrei. Nach der Operation stellte sich die Periode nicht wieder ein. Nach 3 Wochen befand sich der Tumor bereits in Nabelhöhe, nach 7 Wochen nur noch 4 Finger breit über der Symphyse und nach 16 Wochen überragte er die Symphyse nur noch 2 Finger breit. Der im Becken befindliche Abschnitt dagegen hatte an Volumen fast gar nicht abgenommen. Von Interesse ist an dem Falle, dass 3 Wochen nach der Operation sich bei der Pat. psychische Störungen, wie große Unruhe und fortwährende Beängstigungen einstellten, die sich allmählich wieder verloren. Verf. schiebt dieselben dem plötzlichen Herbeiführen der Klimax und der rapiden regressiven Metamorphose der Geschwulst zu. **Toporski** (Posen).

## 12) Eli H. Long (Buffalo). Über Stirnlagen.

(Amer. journ. of obstetr. 1885. September. p. 897.)

L. theilt zwei Fälle aus seiner Praxis mit, welche besonderes Interesse darbieten, da er dieselben von Beginn der Geburt an zu beobachten Gelegenheit hatte. Der erste Fall betraf eine 30jährige IIpara. Die Eröffnungsperiode dauerte lange, der Kopf stand hoch, so dass erst nach dem Blasensprung es möglich war, die Lage des Kindes zu bestimmen. Deutlich ließ sich nun die Augenbraue, die Depression der Orbitae, die Nasenbrücke nach hinten links, die Schädelwölbung nach vorn rechts fühlen. Der Kopf war noch nicht ins Becken eingetreten. Es wurde versucht, die Stirn in die Höhe zu schieben, dies misslang eben so wie der Versuch mit einem Zangenlöffel das Hinterhaupt herabzubringen. Die Kranke wurde dann chloroformirt, die Hand in die Scheide gebracht, der Kopf in die Höhe gedrängt und mit zwei Fingern oberhalb des Occiput vorgedrungen und derselbe mit einiger Mühe herabgeleitet und so eine 2. Schädellage erzielt. Die Geburt verlief normal.

In dem zweiten Fall handelte es sich um eine VIpara. Der Muttermund war eröffnet, der Kopf stand hoch. Dennoch ließ sich konstatiren, dass es sich um eine Stirnlage handelte. Auch hier gelang es, wie in dem ersten Fall, mit der Hand einzugehen und das Hinterhaupt herabzubringen. Doch erforderte die Manipulation beträchtliche Zeit.

Anknüpfend an diese Fälle giebt L. eine kurze Mittheilung der ihm zugänglichen Litteratur. Daneben theilt er 11 Fälle mit, welche in Buffalo zur Beobachtung kamen. In denselben erfolgte 3mal Tod der Kinder, 1mal der Mutter. Bei den 8 günstig verlaufenden Fällen war die fehlerhafte Lage durch Herabbringen des Hinterhauptes korrigirt worden, 7mal durch innere Handgriffe, 1mal durch Anlegung der Zange. In dem einen Fall, welcher ungünstig für die Frucht verlief, war die Korrektion nicht gelungen und die Geburt mittels der Zange beendigt worden. Einmal musste perforirt werden und einmal starb nach der Anlegung der Zange die Mutter im Wochenbett. In beiden letzteren Fällen war die Wendung vergeblich versucht worden.

L. bespricht dann weiter die verschiedenen Methoden der Behandlung und theilt eine Zusammenstellung der verschieden behandelten Fälle mit. Von 30 Fällen, welche der Natur überlassen waren, endeten 7 letal für die Kinder, von 16 Fällen, in welchen die Lage durch innere Handgriffe korrigirt war, starb eines, von 11 Zangenfällen zwei; 3mal Wendung mit 2 Todesfällen; 8mal Kraniotomie mit 8 Todesfällen.

Bei 70 Fällen fand sich 7mal letaler Ausgang für die Mutter.

Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, dass die Korrektion durch innere Handgriffe bei Weitem die günstigsten Resultate lieferten, viel bessere als die beiden Methoden, welche am meisten empfohlen werden, die Wendung und das Überlassen der Natur.

Die Möglichkeit der Korrektion wird vielfach angezweifelt. Die Fälle, welche L. mittheilt, sprechen nicht nur für die Möglichkeit, sondern für die leichte Aus-

führbarkeit der Methode. Unter 8 Fällen misslang dieselbe nur 1mal. Ähnliche gute Resultate werden von anderer Seite berichtet. Gelang es doch vielfach, Fälle von Gesichtslagen noch in Hinterhauptslagen umzuändern, allerdings meistens mit Zuhilfenahme der Knie-Ellbogenlage. In letzterer Lage wird es auch gelingen, noch im späteren Stadium, wenn der Kopf nicht mehr beweglich ist, die Korrektion vorzunehmen.

Was die Ausführung der Operation betrifft, so ist es nothwendig, die Kranke zu chloroformiren. Die ganze Hand muss in die Scheide eingeführt werden, die Finger über das Hinterhaupt, wenn nothwendig, nachdem der Kopf nach oben gedrängt ist. Dann versucht man mit den Fingern das Hinterhaupt herabzudrücken, indem zu gleicher Zeit der Daumen die Stirn nach oben drängt.

**Engelmann** (Kreuznach).

13) **Josef Taber Johnson** (Washington). Ein Fall von künstlicher Frühgeburt bei drohender Eklampsie.

(Amer. journ. of obstetr. 1885. September. p. 912.)

Die Kranke hatte vor 4 Jahren geboren. Während jener Schwangerschaft litt sie an Albuminurie, Kopfweh, Schwindel, hochgradigem Ödem der Hände und Füße, so dass wiederholt punktirt werden musste. Die Entbindung war eine protrahirte gewesen, mittels Forceps beendigt. Das Kind, 12 Pfund schwer, kam scheintodt zur Welt. Seit jener Zeit hatte sie 2 Frühgeburten durchgemacht. Während der Schwangerschaft fand sich regelmäßig Eiweiß im Urin. Eine der Schwestern der Pat. starb an Eklampsie, der Vater an urämischen Konvulsionen.

J. beschloss, um das Kind womöglich zu retten und die Mutter der drohenden Gefahr zu entziehen, die Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Dieselbe wurde am 25. Januar, auf Anfang März war das richtige Ende der Schwangerschaft berechnet, eingeleitet, nachdem alle bedrohlichen Erscheinungen derart sich gesteigert hatten, dass Gefahr für Mutter und Kind eintrat.

Auf ein starkes Laxans trat gegen Erwarten Berstung der Blase ein und der Kopf stellte sich in der linken Scheitellage ein. Da J. fürchtete, beim Einführen des Dilatators von Barnes, wie er beabsichtigte, den Kopf aus seiner günstigen Lage wegzudrängen, so versuchte er den Muttermund mittels der Finger zu erweitern, was auch ziemlich leicht gelang.

Das Aussehen der Kranken war das einer Person, welche bereits an Eklampsie litt, das Gesicht geschwollen, der Ausdruck desselben stupid, Benommenheit des Sensoriums.

Da die Wehen nicht auftraten, legte J. die Zange am hochstehenden Kopf an und entwickelte ohne Schwierigkeit ein lebendes Kind. Der Uterus kontrahirte sich gut, keine Blutung. Wochenbett normal. **Engelmann** (Kreuznach).

14) **James Boyd** (Albany). Ein Fall von gangränescirendem Fibroid des Cervix, welches Sarkom vortäuschte.

(Amer. journ. of obstetr. 1885. Oktober. p. 1024.)

Die Kranke, 41 Jahre alt, litt seit Jahren an starken Blutungen und war durch dieselben sehr heruntergekommen. Es fand sich eine Geschwulst von 2 Zoll Durchmesser, welche aus dem Muttermund sich hervordrängte. Der Theil der Geschwulst, welcher mit dem Finger erreicht werden konnte, war weich, bröcklig, leicht blutend. Er hing fest mit dem Cervix nach allen Richtungen hin zusammen, so dass es nicht möglich war, eine Sonde in die Uterushöhle einzuführen. Es wurde die Diagnose auf Sarkom gestellt, die genaue mikroskopische Untersuchung zeigte jedoch, dass es sich um ein verjauchendes Fibrom handelte. Mit einiger Mühe wurde es entfernt; die Pat. genas. **Engelmann** (Kreuznach).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

**Zehnter Jahrgang.**

**Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.**

**№ 5. Sonnabend, den 30. Januar. 1886.**



## I. Zur Kasuistik der Wandermilz.

Von
**Dr. Gabr. v. Engel,**
Docent an der Universität Klausenburg.

Ortsveränderungen der Bauchorgane werden bei Frauen viel häufiger als bei Männern beobachtet. Die physiologische Erklärung dieser Erscheinung liegt in jenen eigenthümlichen Verhältnissen, welche die periodische Vergrößerung, Lage und Formveränderung des Uterus hervorrufen.

Wenn der schwangere oder durch Neubildungen vergrößerte Uterus im kleinen Becken nicht genug Raum mehr hat, so dehnt sich dieser gegen die Bauchhöhle aus und drückt die nebenliegenden und höher gelegenen Organe, wodurch diese aus ihrer Lage verdrängt werden. Die Folge dieser Verdrängung ist, dass die Bänder, welche die Bauchorgane an einem Orte fixiren, gelockert werden, was auch dann noch, wenn der Uterus nach der Geburt die vorige Lage einnimmt und der verursachte Druck aufgehört hat, fortbestehen kann. Die Schlaffheit der Bauchwände, welche oft auch nach einmaliger Geburt in hohem Grade zurückbleibt, beweist zur Genüge diesen Umstand. Unter den in der Bauchhöhle liegenden Organen ist besonders die Milz eine von denen, deren Vergrößerung zwar am häufigsten, deren Wanderung jedoch am seltensten beobachtet wird. Die Ursache dieses seltenen Befundes ist theils jener, dass die gewöhnliche Lage der Milz nur durch präcise Untersuchung gefunden wird, theils aber, dass der Längendurchmesser zwar genau, nie aber das Dorsalende des Breitendurchmessers perkutirt werden kann, es ist sogar schwierig, das vordere Ende zu bestimmen, wenn die linke Flexur des Dickdarms mit Koth angehäuft ist. Es ist unleugbar, dass die Milzdämpfung in manchen Fällen nicht perkutirt werden kann. Die Wandermilz kann mit einer Kothanhäufung, Wanderniere, eventuell mit einer beweglichen Bauch-

geschwulst, deren Ursache eine Neubildung ist, mit einer wenig ausgebildeten Ovariencyste, mit einer Uterinal- oder Extra-uterinal-Schwangerschaft leicht verwechselt werden. Und wenn wir in der Bauchhöhle eine bewegliche Geschwulst finden, denken wir eher an alles Andere, als an eine Wandermilz, da diese nicht immer von unangenehmen Symptomen begleitet wird, welche sie charakterisiren könnten.

Die Möglichkeit einer Wandermilz wird in erster Reihe durch die Lockerung der Bänder bedingt. Die Milz ist einzig im Organismus, welche bei den meisten konstitutionellen und kontagiösen Krankheiten eine sekundäre Veränderung erleidet, aber zu idiopathischen Erkrankungen wenig Neigung bezeugt, was aus der zum größten Theile bindegewebigen Struktur und aus dem verhältnismäßig geringen Stoffwechsel der Milz sich ableiten lässt. Ihrer Umfangszunahme folgt die stärkere Zerrung der Bänder, welche die Milz an einem Orte fixiren und nachdem die Bänder gedehnt und gelockert sind, ist die Hauptbedingung des Wanderns gegeben. Es sind zwar einzelne Fälle, wo wir die bezeichneten pathologischen Veränderungen, nämlich die Vergrößerung und die damit verbundene Gewichtszunahme nicht nachweisen können, wo wir dann als Lockerungsursache die ursprünglich geringe Resistenzfähigkeit der Bänder annehmen müssen; andererseits kommen aber auch solche Fälle vor, wo äußere mechanische Einwirkungen als Ursache dienen.

In einer verhältnismäßig kurzen Zeit waren drei Fälle unter meiner Beobachtung, welche in ätiologischer, aber hauptsächlich in gynäkologischer Hinsicht interessant sind.

1) Therese S., 18 Jahre alt, Ipara, aus Maros-Illye, wurde in den letzten Wochen ihrer Schwangerschaft in der Gebäranstalt aufgenommen. Die magere kachektische Frau klagte über ziehende, drückende Schmerzen in der linken Seite. Sie kränkelte oft während ihrer Schwangerschaft, ihr Sensorium war sehr deprimirt, die gewöhnliche Beschäftigung war ihr auch beschwerlich und fühlte sich meistens müde. Vor einigen Jahren hat sie Intermittensanfälle gehabt. Sie menstruirte vom 16. Jahre an und zwar hinsichtlich der Zeit, Qualität und Quantität sehr unregelmäßig und erkannte ihre Schwangerschaft erst dann, als sie die Fruchtbewegungen aufmerksam machten, da sie schon früher im Bauche eine schmerzhafte Erhärtung fühlte. Ihre Füße waren in der ersten Zeit angeschwollen, was aber nach Einreibungen verschwand. Bauchumfang 93 cm, die Frucht in der Kopflage; erste Position. Links, 12 cm unter den Rippen, ist der Perkussionsschall dumpf, an dessen Grenze ist der untere Milzrand bis zur Nabellinie fühlbar; der Druck an der Milz verursacht dumpfe Schmerzen. Die Geburt dauerte $14^3/_4$ Stunden und zwar die erste Periode $13^1/_2$ Stunden, die zweite 1 Stunde, die dritte $^1/_4$ Stunde. Die 550 g wiegende Placenta ging mit auffallend kleinem Blutverlust ab. Der Neugeborene wog 3050 g und ist 49 cm lang. Nach der Geburt sank der untere Milzrand bis zum linken Darmbeine, so dass die Entfernung desselben von der 9. Rippe 22 cm betrug und behinderte das Umgreifen des Uterus mit der rechten Hand, da dessen linker Rand durch ihn verdeckt wurde. Der obere Milzrand sank 6 cm unter den Rippen und konnte mithin gut umtastet werden; der Längendurchmesser maß 15 cm, der Breitendurchmesser 17 cm.

Am dritten Kindbettstage fieberte die Wöchnerin mäßig, was einer größeren Empfindlichkeit des Uterus entsprach. Am vierten Tag war sie fieberlos, am 5. Tage schnellte die Temperatur Nachmittags ohne einen nachweisbaren Grund auf 39,1. Der 6. Tag war wieder fieberlos, von welchem Tage an sie bis zur Entlassung — am 20. Tage — Wein und $^1/_2$ g Chinin pro die erhielt. Bei der Entlassung war der Uterus rückgebildet, die Milz etwas kleiner, leicht nach rechts und links verschiebbar und beim Drücken unempfindlich. In diesem Falle ist vorauszusetzen, dass der schwangere und somit vergrößerte Uterus die überliegende Wandermilz allmählich in ihre regelmäßige Stelle zurückdrängte und so die Milz auf die Schwangerschaftsdauer störend nicht einwirken konnte, indem diese — wie die Maßverhältnisse des Neugeborenen beweisen — einen regelmäßigen Verlauf hatte.

2) Frau H. A., 28 Jahre alt, mittelmäßig genährt, ist seit 9 Jahren verheirathet

und gebar 5mal. In der vierten Schwangerschaft bemerkte sie eine bewegliche Geschwulst im Unterleibe, welche Anfangs vor dem Uterus lag und die Regio umbilicalis bruchartig hinausdrängte, so dass dieselbe gut umfasst werden konnte. Später wurde dieselbe höher gedrängt und in den letzten Monaten wusste sie nicht, wohin sie verschwand. Nach der Geburt erschien aber die Geschwulst wieder im Bauche und zwar rechts unten. Während der 5. Schwangerschaft beobachtete sie wiederholt diese, welche aber — nach Kneten des Unterleibes — wieder verschwand.

Gegenwärtig klagt sie über zeitweise auftretende, hochgradige Krämpfe und ziehende Schmerzen und wünscht sich der Geschwulst — welche von einem Arzte als Wanderniere diagnosticirt wurde — zu entledigen. Die Untersuchung ergab Folgendes: Bauchwände schlaff, an der rechten Unterbauchgegend ist eine bewegliche, glatte Geschwulst, welche die charakteristische Gestalt der Milz hat und deren oberen Rand ich nach auswärts heben konnte, wo ich zugleich eine Einkerbung wahrnahm, wie auch am unteren Rande, doch etwas kleiner. Der Höhendurchmesser betrug 8 cm, der Breitendurchmesser 11 cm. Das Hinabdrücken der Geschwulst verursacht ziehende Schmerzen und beim Hinaufdrücken bis zum Niveau des Nabels gleitet sie von selbst in die linke Bauchhälfte hinüber, von wo sie — mit dem Aufhören des Druckes in die frühere Lage zurücksinkt. Die Milzgegend giebt einen leeren Perkussionsschall. Bei der inneren Untersuchung fand ich den Uterus retroflektirt, am vorderen Fornix den unteren Rand der Geschwulst deutlich fühlbar, so wie die Bewegungen, welche durch das Hin- und Herschieben mit der äußeren Hand erzeugt wurden. Die Frau ist aus Maros-Bogát gebürtig, wo sie auch ansässig ist, erinnert sich nicht an Intermittens gelitten zu haben, hat aber als Mädchen langdauernde Kopfschmerzen gehabt, welche später aufhörten. Ihre Menstruation erschien im 15. Jahre, war aber hinsichtlich der Zeit und Quantität unregelmäßig. Während ihrer Ehe hatte sie nur einige Mal aber starke Menstruationen. Vor ihrer Entlassung empfahl ich ihr Chinin und Eisenpräparate längere Zeit hindurch zu nehmen. Später erfuhr ich, dass sie nach einigen Wochen diese Kur wegließ, indem sie eine bedeutende Erleichterung fühlte.

Die richtige Diagnose wurde in diesem Falle durch die Schlaffheit der Bauchwände, durch das leichte Umgreifen der Milz, durch das Fehlen der Milzdämpfung wesentlich erleichtert.

3) Frau Johanna W., 32 Jahre alt, aus Maros-Portus gebürtig, wo sie auch erzogen wurde. Vorigen Sommer fühlte sie Wehenschmerzen und ließ mich rufen. Die nahe am Flusse gelegene Wohnung ist ebenerdig, ungedielt, besteht aus einem einzigen, mit 2 Fenstern versehenen, niederen Zimmer, die Atmosphäre dumpf, von den feuchten Wänden tropft schier das Wasser. Auf einem Strohsack liegend fand ich die Pat., welche von Schmerzen gequält kaum fähig war, die an sie gerichteten Fragen zu beantworten. Angeblich kränkelt sie seit 14 Monaten und menstruirt nicht seit 16 Monaten, sie wähnt sich schwanger und leidet seit 3 Tagen an großen Schmerzen. Die Untersuchung, welche ich wegen der ungünstigen Lokalverhältnisse nur oberflächlich unternehmen konnte, ergab Folgendes: die Pat. ist stark abgemagert, Brüste klein, schlaff und entleeren keine seröse Flüssigkeit; der Bauch ist aufgetrieben, gespannt, der Unterleib ist von einer — die Nabellinie etwas überragenden und dem 6. Graviditätsmonat entsprechenden — uterusförmigen, harten Geschwulst ausgefüllt und beim Drucke ziemlich schmerzhaft; bei der inneren Untersuchung fand ich den vorderen Fornix der Vagina ausgefüllt und im hinteren gleichfalls eine resistente Geschwulst; die Portio vaginalis nach vorn gerichtet und 2 cm lang, im Cervikalkanal dringt das erste Fingerglied zur Hälfte ein; aus der Scheide entleert sich eine blutig-schleimige Flüssigkeit. Fruchtbewegungen fühle sie seit 4 Monaten. Das Resultat dieser oberflächlichen Untersuchung mit den erhaltenen Antworten vergleichend, dachte ich an eine Schwangerschaft und argwöhnte einen Abortus. Folgenden Tag ließen ihre Schmerzen etwas nach, aber ihr Zustand veränderte sich sonst nicht. Nach einigen Tagen hörten die Schmerzen völlig auf, sie konnte ihr Lager verlassen und ihren häuslichen Beschäftigungen nachgehen. Zur Vornahme einer eingehenderen Untersu-

chung ließ ich sie in meine Wohnung kommen und überzeugte mich über die Unrichtigkeit meiner vorigen Diagnose. Sie erzählte nämlich auf mein Befragen, dass sie bis zu ihrem 18. Jahre in ihrem Geburtsorte gewohnt habe, dass sie während ihrer Jugend oft gefiebert hat; sie menstruirte von ihrem 16. Jahre an, aber sehr oft unregelmäßig. Seit ihrer Heirath wohnt sie in der Stadt, hat ein dreijähriges Mädchen und seit der Geburt dieses Kindes kränkelte sie fortwährend, besonders seit 14 Monaten. Vor 10 Monaten entglitt sie auf einer Leiter, fiel hinab, worauf sie im Bauche große Schmerzen fühlte und längere Zeit das Bett hüten musste. Von dieser Zeit an fühlte sie etwas Schweres im Unterleibe, ihre Füße schwollen an und der Bauch wurde aufgetrieben. Später schwanden diese Symptome und da sie nicht menstruirte, glaubte sie sich schwanger; in welchem Glauben sie der häufige Harndrang — welcher auch bei ihrer ersten Schwangerschaft sich zeigte — bestärkte.

Der Bauchumfang ist im Niveau des Nabels 88 cm. Leber, Magen sind an der gewöhnlichen Stelle, Milzdämpfung fehlt; unter dem Nabel ist eine glatte, hervorragende und beim Drücken schmerzhafte Geschwulst fühlbar, deren Breite 21 cm misst, der obere Rand zeigt eine Einkerbung, der untere — weil in die Tiefe des Beckens hineinragend — nicht tastbar. Der Muttermund ist geschlossen und nach vorn gerichtet, der vordere Fornix ist durch eine resistente Geschwulst ausgefüllt, welche man nach oben verschieben und aus dem Becken heraufheben kann, der untere Rand der Geschwulst ist jetzt durch die Bauchwände fühlbar und es kann der Längendurchmesser — welcher 13 cm beträgt — gemessen werden. Der hintere Fornix ist durch den retrovertirten Uterus ausgefüllt. Diese Untersuchung ergab die bestimmte Diagnose, dass die Scheinschwangerschaft durch die in das kleine Becken hinabgesunkene Wandermilz verursacht wurde. Die Pat. übersiedelte — auf meine Anordnung — in ein hochgelegenes, trockenes Gebäude.

Ordination: jeden zweiten Tag $^1/_2$ g Chinin, Wein und stärkende Speisen.

Im Verlaufe von 2 Monaten konsumirte sie 15 g Chinin, ihre Esslust kehrte zurück und hörten zugleich ihre Schmerzen auf. Die Milz verkleinerte sich der längeren Behandlungsdauer entsprechend, auffallend. Die Peripherie des Bauches ist nach einer halbjährigen Behandlung 82 cm, die Breite der Milz 15 cm, die Höhe 7 cm; ist auch jetzt noch, wie früher, unter dem Nabel fühlbar, von wo sie nach allen Richtungen verschiebbar ist, besonders vom Nabel nach oben und links bis zu einer Höhe, wo der Abstand des oberen Randes von den Rippen nur 7 cm beträgt; mit dem Aufhören des Druckes aber sinkt sie wieder in die vorige Lage zurück. Seit 4 Monaten menstruirt sie wieder in regelmäßigen Zeitperioden und Quantität. Schmerzen hatte sie in letzterer Zeit nur einmal, als sie beim Heben eines Tisches den Bauch andrückte.

Der besonderen Eigenthümlichkeit wegen kann man diesen Fall den von Dietl und Rezek beobachteten Fällen anreihen, in welchen die Größe und Lagerung der Milz, dann andere Wahrscheinlichkeitszeichen auf eine Schwangerschaft deuteten. Dem Falle Rezek's gleicht er in so fern, als auch dort eine mechanische Einwirkung — Sturz von einer Stiege — erwähnt wird. In meinen mitgetheilten drei Fällen halte ich die Milzvergrößerung als durch Malaria verursachte Veränderung, da alle drei Frauen nahe dem Marosflusse geboren und erzogen wurden, mithin in solchen Gegenden, welche als Malariaherde bekannt sind. Wenn wir in Betracht ziehen, dass die Malariakachexie die Resistenzfähigkeit des Organismus untergräbt, werden wir kaum irren, diese als Bedingungsgrund zur Entstehung der Wandermilz zu betrachten, da diese als primäre Wirkung die Umfangs- und Gewichtszunahme der Milz und sekundär die Lockerung der Milzbänder — welche eine geringe Resistenzfähigkeit besitzen — bewirkt. Und dass die Wandermilz beinahe ausschließlich nur bei Frauen vorkommt, scheint durch jene Verhältnisse begünstigt zu sein, welche die Uterusvergrößerung in der Anordnung der Bauchorgane hervorbringt; als untergeordneter Faktor muss auch die Schaffheit der Bauchwände — welche nach vorangegangenen Graviditäten zurückbleibt — erwähnt werden, da deren Spannung als natürliches Hindernis dem Herabsinken der Milz entgegenwirkt. Die Dislokationsverhältnisse der Wandermilz

während der Gravidität sind durch diese mitgetheilten drei Fälle zur Genüge erleuchtet; der zweite und dritte Fall demonstrirt jenen Einfluss, welchen die in das Becken gesunkene Wandermilz auf den nichtgraviden Uterus ausübt, dass diese nämlich in die Excavatio vesico-uterinalis sich dislocirt und den Uterus retrovertirt.

Die Erfahrung lehrt, dass die Malariakachexie, so wie auch die pathologischen Veränderungen der Milz auf die physiologischen Funktionen der Geschlechtsorgane einwirken und es ist auch natürlich, dass wir bei solchen Kranken so häufig unregelmäßige Menstruation, oft sogar das völlige Sistiren derselben längere Zeit hindurch beobachten. Unsere Therapie — so fern von einer solchen die Rede sein kann — strebt ein doppeltes Ziel zu erreichen, einerseits die Beweglichkeit der Milz zu beschränken, andererseits die dadurch verursachten Schmerzen und unangenehmen Gefühle zu beheben. Ich erachte für überflüssig die Erwähnung der Bauchbinden, welche nur ein geringes Resultat aufweisen können, die schmerzstillende Behandlung kann auch nur eine vorübergehende Linderung hervorrufen. Wenn wir aber als Entstehungsursache der Wandermilz die Malariakachexie als Grundlage nehmen, so wird die dagegen gerichtete Therapie noch das größte Resultat aufzeigen. Nach der Anwendung der üblichen Chinin- und Eisenpräparate verkleinert sich die Milz und vermindern sich allmählich die ziehenden Schmerzen; die Beweglichkeit der nun verkleinerten Milz wird durch Bauchbinden leichter beschränkt und diese werden sogar — wie meine Fälle bezeugen — ganz überflüssig.

Die unangenehmen Belästigungen, welche durch die Wandermilz verursacht wurden, werden mit der Zeit erträglicher und hören sogar ganz auf. In Folge der Zerrung der Bänder leiden auch die Blutgefäße, verengern sich oder degeneriren, auch das Organ selbst wird in Folge der mangelhaften Ernährung atrophiren, in Pigment- oder fettige Degeneration übergehen. In Folge der großen Beweglichkeit können die Gefäße in der Gegend des Hilus gedreht werden, wodurch selbe mit den Bändern ein schnurartiges Konvolut bilden, wodurch diese versperrt werden (Rokitansky), wie ein Fall von Quiquerez bezeugt. Bei einer an Placenta praevia verbluteten Frau — deren Obduktion ich beiwohnte — waren die mehrfach umwundenen Bänder und Gefäße vertrocknet und die zusammengeschrumpfte Milz in die Douglas'sche Höhle hinabgesunken. Voigtel erwähnt einen Fall, wo die Milz ohne jeglichen organischen Zusammenhang frei in der Bauchhöhle gefunden wurde. Mossler betont, dass nach dem Atrophiren der Milz die Schmerzen vermindert und leichter zu ertragen sind.

Die Exstirpationsfälle beweisen zur Genüge, dass die Milz dem Organismus entbehrlich ist und dass ihr Fehlen im Haushalte des Organismus keine schädliche Rückwirkung hat. Ich meine daher, dass in jenen Fällen, wo die unerträglichen Schmerzen den angewandten, bekannten Heilverfahren nicht weichen und — wie Mossler erwähnt — der direkte Wunsch der Kranken die Exstirpationsfrage aufs Tapet bringt —, dass in diesen Fällen die künstliche Atrophie, eventuell Degeneration der Milz zu versuchen wäre. Dieser Versuch schließt aber nicht aus, dass wir im Falle eines Nichtgelingens nur als Ultimum refugium zur Milzexstirpation unsere Zuflucht nehmen. Die künstliche Atrophie der Milz wäre auf die in den einzelnen Fällen von der Natur vorgezeichneten Weise vorzunehmen; wir umgreifen nämlich mit den Händen die Milz und winden diese einige Mal um ihren Hilus, wodurch die Bänder mit den Gefäßen zu einem Strange sich verbinden und so die mangelhafte oder gehinderte Ernährung veranlassen, worauf die Atrophie oder eventuell die adipose Degeneration der Milz nachfolgt. Die schlaffen Bauchwände ermöglichen, erleichtern sogar das Ausführen dieses Verfahrens. Es ist selbstverständlich, dass Verwachsungen mit den Nachbarorganen oder mit dem Bauchfelle eine Kontraindikation bilden, die Erkennung derselben bietet jedoch keine Schwierigkeit.

---

## II. Nochmals Rickets und Rachitis, zur Erwiederung auf die Ausführungen des Herrn Geh.-Rath Prof. Virchow.

Von
**Dr. J. Kocks,**
Docent für Gynäkologie und Geburtshilfe in Bonn.

Obgleich Herr Geh.-Rath Virchow in seinem Archiv Bd. CII meine Arbeit, »Rickets und Rachitis« (Archiv für Gynäkologie Bd. XXVII), sehr lobend beurtheilt, ja sogar das Unorthographische in der Schreibweise des Wortes Rachitis ohne h, nicht mehr, durch die vermeintliche Herleitung desselben von »the Rickets«, zu erklären sucht, so möchte Herr Virchow die Schreibweise doch noch gehandhabt wissen, weil man sonst, durch das richtig geschriebene Rhachitis verleitet werden könnte, zu speciell an eine Erkrankung der Wirbelsäule zu denken.

Aus diesem alleinigen Grunde tritt Herr Virchow also für die anerkanntermaßen falsche Schreibweise ein.

Lassen wir den Grund einen Augenblick gelten, so fragt es sich, ob das gewünschte Ziel, durch Weglassen des h in Rhachitis erreicht wird?

Wird, fragen wir, das Wort nicht nach wie vor, mit oder ohne h Jeden, der überhaupt über seine Etymologie nachdenkt, auf den griechischen Ursprung, auf ῥάχις, hinführen?

Und ferner! Müssten nicht konsequenterweise noch andere Benennungen, die zum Gemeingut der Ärzte geworden sind, und nicht mehr unsere heutigen Anschauungen über das Wesen der Erkrankung vollkommen decken, in entsprechender Weise verstümmelt werden, um falschen Begriffen vorzubeugen?

Wir wollen nur den Terminus »Cholera« als Beispiel hervorheben. Wer denkt nicht bei dem Worte »Cholera« an ἡ χολή oder ὁ χόλος die Galle? Könnte nicht eben so leicht unsere Erkenntnis des Wesens dieser Krankheit in Gefahr gerathen? Könnte nicht an eine Sekretionsanomalie, an eine Erkrankung der Leber etc. gedacht werden?

Wir müssten daher auch hier nicht »Cholera«, sondern »Colera« schreiben, um im Sinne des Herrn Virchow falschen Auffassungen vorzubeugen. Und doch würde eben so wenig durch die Schreibweise: »Colera«, wie durch die: »Rachitis«, der denkende Arzt auf eine andere Fährte gelenkt oder etwa gezwungen an Nichts zu denken. Er wird trotz der falschen Schreibweise wie Hyrtl an ῥάχις denken, ἡ χολή resp. ὁ χόλος für das griechische Wort halten, aus welchem Cholera gebildet wurde, und höchstens fragen, warum man nicht richtig Rhachitis und Cholera schreibt.

Man wende nicht ein, die Bezeichnung Cholera stamme nicht von ἡ χολή oder ὁ χόλος die Galle, sondern von χόλιξ der Dickdarm oder von χολέρα die Dachrinne, von χολάς die Eingeweide, etc.

Letztere Bezeichnungen sind zunächst doch wieder von dem-

selben Stamme abzuleiten, dem Mediciner aber durchaus ungeläufig, während ihm die ersteren mit ihren Derivativen, in Ductus choledochus, Cholestearin etc. täglich begegnen. Er wird also an sie allein denken.

Auch ist in der älteren deutschen Benennung für Cholera, die Gallenruhr, dieser Begriff erhalten.

Darin stimmen auch wir durchaus mit Herrn Virchow überein, dass an solchen international gewordenen medicinischen Bezeichnungen nicht gerüttelt werden darf. Doch wir sollen auch ruhig die orthographische Schreibweise derselben beibehalten, und es Herrn Geh.-Rath Virchow, so wie den übrigen Lehrern pathologischer Anatomie und klinischer Fächer, überlassen, die Jünger Äskulaps über das Wesen der Erkrankungen, nach den herrschenden Anschauungen der Wissenschaft, au courant zu halten.

Wir vermögen daher keinen Grund ausfindig zu machen, das Wort Rhachitis unorthographisch zu schreiben.

Bonn, den 15. Januar 1886.

---

## 1) **G. Schmalfuss** (Freiburg i/Br.). Zur Kastration bei Neurosen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 1.)

Die Arbeit S.'s bildet einen interessanten Beitrag zur Beurtheilung des Werthes der Kastration bei Neurosen. 32 in der Hegar-schen Kinik operirte Fälle sind ihr zu Grunde gelegt, ein Material, welches sicher umfangreich genug ist, um Schlüsse aus ihm zu ziehen. S. theilt die Krankengeschichten in gedrängter Kürze, aber doch so mit, dass der Leser alles Wesentliche in ihnen findet, zuerst die Anamnese, dann den Untersuchungsbefund vor der Operation, weiter Notizen über den Verlauf des Falles in den der Operation folgenden Jahren, schließlich einen nach kürzerer oder längerer Zeit aufgenommenen neuerlichen Untersuchungsbefund. Eingetheilt sind die Fälle in 3 Gruppen. In der ersten sind diejenigen Kranken aufgeführt, welche wesentlich an sog. »Lendenmarksymptomen« wie Zerschlagenheit und Schmerz im Kreuz, Iliacalschmerz, ziehende Schmerzen vom Kreuz nach dem Leib, ausstrahlend nach den Oberschenkeln, Druck im Becken, Abwärtsdrängen, An- und Hyperästhesien der Vulva und Vagina, Beschwerden bei Harn- und Stuhlentleerung litten. Hierzu treten bei einigen Pat. noch einzelne neuralgische Symptome in Brust, Schultern und Kopf, so wie Herzklopfen. Von den in diese Gruppe gehörigen Fällen sind 8 geheilt, 2 nicht geheilt.

Die zweite Gruppe umfasst 8 solche Kranke, welche außer jenen Lendenmarksymptomen noch markirte nervöse Erscheinungen in anderen Nerven- und Körperbezirken zeigten, wie z. B. Kardialgie, Druck im Epigastrium, Aufstoßen, Erbrechen etc. Von diesen wurden 6 geheilt, 2 wesentlich gebessert.

In der letzten Gruppe finden sich alle die Kranken, welche an

sehr verbreiteten nervösen Symptomen litten und einen allgemeinen neuropathischen Zustand darboten. Sie litten bald an scharf ausgesprochenen, bald wegen Schmerzen in fast allen Körpergebieten, an vasomotorischen Störungen, sog. Menstruatio vicaria, Kehlkopfs-, Magen- und Darmerscheinungen der verschiedensten Art, Krämpfen und epileptiformen Anfällen. Von 14 Fällen wurden 10 geheilt, 4 gebessert.

Ein voller Erfolg ist also erreicht in 24 von 32 Fällen = 75 %, gebessert wurden 6 = 18,7 %, ungeheilt blieben 2 = 6,3 %, jedenfalls ein sehr ermuthigendes Resultat.

Einer eingehenden Kritik unterwirft Verf. diejenigen Fälle, welche nicht geheilt oder nur gebessert wurden. Die Hauptrolle bei den Misserfolgen spielen nach seiner Ansicht circumscripte Entzündungsprocesse, welche entweder frisch nach der Operation entstanden sind, oder welche Rekrudescenzen früherer Peritonitis oder Parametritis darstellen. Am häufigsten sind es Schwellungen um den Stiel herum, welche ein neues pathologisches Irritationscentrum anstatt der funktionirenden Keimdrüse abgeben. Doch können auch die Adhäsionen des Uterus, der Gedärme und der Blase sehr wichtige Momente zur Hervorrufung nervöser Reizerscheinungen sein.

Außer den circumscripten Entzündungsprocessen sind die theils durch die Operation allein herbeigeführten, theils schon früher in ihrer Anlage vorhandenen Bauchbrüche und Eventrationen im Stande eine Reihe sehr lästiger Symptome auszulösen und auch zur Unterhaltung früherer nervöser Beschwerden wesentlich beizutragen.

Doch muss bemerkt werden, dass die erwähnten Folgezustände der Operation den Erfolg nicht in jedem Falle vereiteln oder auch nur schmälern müssen, wie einige der von S. mitgetheilten Fälle beweisen.

Einer fehlerhaften Indikation ist eigentlich nur bei einer Pat. der mangelhafte Erfolg der Operation zur Last zu legen. Die Starrheit und Schrumpfung der Ligamente war bei derselben schon eine so hochgradige, dass hierdurch das Resultat des Eingriffes beeinträchtigt werden musste.

S. schließt seinen interessanten Aufsatz mit einigen aus den mitgetheilten Krankengeschichten gezogenen Notizen über den Einfluss der Kastration auf die Menstruation. Von den 32 Fällen trat bei 17 sofortige Menopause ein, bei 12 kam es erst zu derselben, nachdem nach mehr oder weniger langer Zeit Blutabgänge bald in ziemlich regelmäßigen, bald ganz unregelmäßigen Intervallen dagewesen waren. Bei 3 Pat. haben die Blutabgänge überhaupt noch nicht aufgehört. Bei allen Personen mit fortdauernden Blutungen konnte ein Entzündungsherd nachgewiesen werden. Bei 18 der 32 Fälle fanden sich Molimina menstrualia.

Sehr bemerkenswerth ist schließlich der Umstand, dass durch Erscheinungen, wie sie auch sonst die natürliche Klimax begleiten und während derselben bei nervöser Disposition besonders hoch-

gradig auftreten, der günstige Effekt der Operation selbst lange Zeit hinausgeschoben werden kann. **Graefe** (Halle a/S.).

---

## 2) H. Menzel (Breslau). Kastrationen bei Ovarialprolaps, Uterusfibrom, Retroflexio uteri mit Descensus ovariorum und Hysterie.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 1.)

Von den 8 Kastrationen (Breslauer Frauenklinik), über welche M. berichtet, wurde eine wegen Prolaps des rechten, kleincystische Follikelentartung aufweisenden Ovarium und aus diesem Zustand resultirender Unterleibsbeschwerden ausgeführt. Es wurde nur der eine Eierstock entfernt. Nachdem die Pat. sich während einiger Monate völlig wohl befunden, kehrten die früheren Schmerzen, jetzt hauptsächlich links lokalisirt, wieder. Entfernung des linken Ovarium brachte vollkommene Heilung.

Bei 5 weiteren Fällen gaben Fibromyome des Uterus die Indikation zur Operation ab. Zwei der Operirten starben, eine wahrscheinlich in Folge direkter septischer Infektion, die andere, nachdem am 9. Tage post operationem die Bauchwunde in Folge heftiger Hustenstöße partiell aufgeplatzt und Därme prolabirt waren. Die Folge dieses von der Kranken mehrere Stunden verheimlichten Ereignisses war gleichfalls eine septische Peritonitis, welche nach zwei Tagen den Exitus letalis herbeiführte. Bei den 3 restirenden Pat. war der Erfolg ein sehr zufriedenstellender. Bei der einen trat sofortige Menopause ein, die Blutungen stellten sich nicht wieder ein, obgleich eine Verkleinerung der Geschwulst nicht zu konstatiren war. Die beiden anderen befanden sich nach der Operation vollkommen wohl, wenn auch nach Monaten mehrtägige Blutungen aus den Genitalien auftraten.

Eine siebente Kastration wurde wegen Retroflexio uteri ausgeführt. Trotz jahrelanger Pessarbehandlung litt Pat. an fast unausgesetzten Uterinblutungen und perimetritischen Schmerzen. Die letzten 2 Jahre konnte sie kaum gehen. Bei der Operation fanden sich beide Ovarien vergrößert und zeigten kleincystische Degeneration. Auch hier war das Resultat ein günstiges. Die Blutungen kehrten nicht wieder, die Schmerzen sind nahezu vollständig verschwunden.

Schließlich führte auch bei einer Hysterischen die Kastration zur Heilung. Sie litt neben einer Lageveränderung der Gebärmutter und einem Descensus ovariorum an starker Dysmenorrhoe und Hysteroneurosis ventriculi. Zeitweis erbrach sie alle Speisen; jede vaginale Exploration, selbst der leichteste Druck auf die Ovarialgegenden rief sofort einen tagelangen, quälenden Singultus hervor.

Alle diese Beschwerden verschwanden nach der Operation, wenn auch Druck auf einen Stichkanal resp. später dessen Narbe eine

Zeit lang Singultus und Erbrechen hervorrief. Eine in der Folgezeit aufgetretene Coccygodynie nöthigte zur Exstirpation des Steißbeines. Eine Badekur führte endlich zu definitiver Heilung.

M. beschließt seinen Aufsatz mit einigen Bemerkungen über die Operationstechnik bei der Kastration. Um das Einlaufen von Blut aus der Hautmuskelwunde in das Abdomen zu verhüten, näht Fritsch entweder das Peritoneum an die äußere Haut (nach Hegar) oder fasst beide mit breitmauligen, festhaltenden Pincetten. Zu demselben Zweck incidirt er beim Leibschnitt das Peritoneum am oberen und unteren Schnittwinkel nicht in gleicher Ausdehnung wie die übrige Bauchwunde, sondern durchtrennt an diesen Stellen nur die Fascie.

Vor Durchbrennung des Stieles mit dem Paquelin nach Anlegung der Ligaturen warnt Verf., da bei kurzen Stielen hierbei leicht die Ligaturfäden mit durchbrannt und dadurch eine starke, schwer zu stillende Blutung verursacht werden kann.

Zur Herausbeförderung der Ovarien in und vor die Bauchwunde wird empfohlen, durch einen Assistenten von der Vagina her den gesammten Genitalapparat nach oben und vorn der Bauchwunde der entgegenkommenden Hand des Operateurs entgegenzudrängen.

**Graefe** (Halle a/S.).

---

### 3) **A. Leppmann** (Breslau). Kastrationen bei Epilepsie und Hystero-Epilepsie.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 1.)

Die L.'sche Arbeit schließt sich der vorstehend referirten an. Sie bringt Mittheilungen über 3 gleichfalls von Fritsch ausgeführte Kastrationen bei Epilepsie resp. Hystero-Epilepsie. Alle 3 Pat. zeigten Störungen im Menstruationsverlauf, Amenorrhoe resp. Dysmenorrhoe mit Steigerung der Krampfsymptome vom Beginn der Menstruationsstörungen, Amenorrhoe mit zeitweiliger Blutabsonderung aus dem Mund, zeitweilige Amenorrhoe mit deutlicher vikariirender Menstruation. Von pathologischen Veränderungen an den Genitalien fanden sich kleincystische Follikelentartung, Vergrößerung eines Ovarium, Missverhältnis zwischen der Entwicklung der Ovarien und der des Uterus. Ungünstig für die Prognose der Operationswirkung waren gewisse psychische, anscheinend durch erbliche Belastung erworbene Sonderbarkeiten, mit denen erfahrungsgemäß schwere Epilepsie sich gern verbindet, wie Schwachsinn, ein gewisses Zurückbleiben des Ideenkreises und Wesens auf kindlicher Entwicklungsstufe, Neigung zum Trübsinn.

Der Ausgang der Operation war in einem Fall durchaus ungünstig. Es trat keine Minderung der Anfälle ein. Wahrscheinlich wird von im Anschluss an die Operation zu Stande gekommenen entzündlichen Veränderungen in den Uterusadnexen ein ähnlicher erregender Einfluss auf das Gehirn ausgeübt, wie vorher von

dem krankhaft veränderten Ovarium. Bei der zweiten Pat. ist ein theilweiser Erfolg zu konstatiren. Enuresia nocturna hat aufgehört, die Anfälle sind im Ganzen seltener geworden; Arzneimittel, welche früher in größeren Gaben machtlos waren, zeigen jetzt in geringeren einen gewissen Erfolg. Im letzten Fall ist ein Einfluss auf die Anfälle unverkennbar gewesen, doch ist die nach der Operation verflossene Zeit eine zu kurze, um ein endgültiges Urtheil zu fällen.

L. glaubt, dass auch der Verlauf dieser 3 Fälle die Ansicht nicht erschüttere, dass der bisherige Erfolg der Kastration bei epileptischen und Epilepsie ähnlichen Krampfformen berechtige, bei einem Leiden mit so trostlosen Aussichten noch weitere operative Versuche zu machen. Besonderer Erwähnung bedarf es, dass L., wie aus dem Vorstehenden hervorgeht, nicht nur hystero-epileptische, sondern auch wirklich epileptische Anfälle als eventuelle Indikation für die Kastration ansieht. Er plaidirt für die Operation dann, wenn die Entstehung der Epilepsie in Zusammenhang mit den Verrichtungen der weiblichen Keimdrüsen resp. mit krankhaften Veränderungen an denselben gebracht werden kann. Es ist dies da der Fall, wo die Epilepsie mit dem Erwachen der Pubertät beginnt, wo die einzelnen Anfälle zunächst mit dem Eintritt der Menstruation zusammenfallen und erst später auch auf die intermenstruellen Zeiten übergehen. Battey hat bei einer derartigen Kranken durch die Kastration einen vollständigen Erfolg erzielt. **Graefe** (Halle a/S.).

---

## Kasuistik.

4) **A. Goetze** (Dresden). Beitrag zum kyphotisch nicht rachitischen und zum kyphoskoliotisch-rachitischen Becken.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXV. Hft. 3.)

G. beschreibt 3 Becken aus dem kgl. Entbindungsinstitut zu Dresden, von denen das eine einem kindlich kyphotischen Skelett angehört, die beiden anderen kyphoskoliotisch-rachitisch sind und von Frauen stammen, welche in obiger Anstalt entbunden und dort gestorben sind. Bei dem ersten Becken hat die Kyphose in der Gegend des 8. Brustwirbels ihren Sitz gehabt. Sie hat bereits zu deutlichen Veränderungen am Becken geführt. Dasselbe zeigt keine Spur von Übergangsform zum normalen erwachsenen Becken; es tritt vielmehr bei ihm die exquisit kyphotische Form hervor, deren Charakteristika Ref. als bekannt voraussetzen kann.

Außer der Beschreibung dieses Beckens giebt Verf. auch noch eine graphische Darstellung des sagittalen, frontalen und horizontalen Durchschnittes desselben, mit welcher er eine eben solche eines gleichaltrigen kindlichen skoliotisch-rachitischen und eines gleichaltrigen normalen kindlichen Beckens zusammenstellt. Aus diesen Figuren ergiebt sich ebenfalls, dass schon das kindliche Becken deutliche, durch die Kyphose bedingte Veränderungen an sich trägt, welche dem kindlich skoliotisch-rachitischen Becken diametral entgegengesetzt sind. Vergleicht man die Durchmesser dieser beiden Becken im Eingang, Höhle und Ausgang mit einander, so zeigt sich eine konstante Abnahme der beiden Hauptdurchmesser vom Eingang bis zum Ausgang beim kindlich kyphotischen, während das kindlich rachitische das entgegengesetzte Verhalten zeigt. Es ist demnach verständlich, dass, wenn sich zur Rachitis eine Kyphose oder Kyphoskoliose hinzugesellt, hierdurch die rachi-

tischen Zeichen am Becken abgeschwächt und umgeändert werden. Der Grad der Umänderung hängt selbstverständlich von dem Grade und Sitze der Kyphose ab, so wie von der Zeit der Entstehung des Höckers.

Die Richtigkeit dieser letzteren Sätze findet ihre Bestätigung durch die zwei kypho-skoliotisch-rachitischen Becken, deren Beschreibung, graphische Darstellung und Vergleichung mit anderen Becken G. folgen lässt. Sie beweisen die von Breisky aufgestellte Behauptung, dass nicht nur eine Kyphose, sondern auch eine Kyphoskoliose die rachitischen Eigenschaften eines Beckens wesentlich abzuschwächen resp. denselben ganz entgegengesetzte Verhältnisse zu schaffen vermag. Die rachitischen Becken werden rund, selbst trichterförmig, im Eingang relativ erweitert, im Ausgang verengt mit verminderter, doch noch deutlich vorhandener, rachitischer Querspannung. Diese Abänderungen sind, wie schon erwähnt, abhängig von dem Sitz und dem Grad der Wirbelabknickung. So sind in dem einen vom Verf. beschriebenen Becken die rachitischen Verhältnisse wegen des geringeren Grades und des hohen Sitzes der Kyphose weniger modificirt, als in dem anderen, wo die Kyphose eine sehr hochgradige und tiefersitzende ist. Daraus erklärt sich auch der verschiedene Geburtsverlauf in diesen beiden Fällen. In dem ersteren konnte der Kopf die rachitische Verengerung, die durch die Kyphose abgeschwächt war, überwinden und fand auch im Beckenausgang kein Hindernis, da die rachitische Erweiterung des geraden Durchmessers durch die Kyphose nicht abgeändert worden war. Die Geburt erfolgte daher spontan. In dem anderen Fall dagegen konnte der Kopf zwar wegen der allgemeinen Erweiterung des Beckeneinganges leicht eintreten; er fand aber in dem verengten Beckenausgang ein Hindernis, desswegen war die Anlegung der Zange indicirt.

**Graefe** (Halle a/S.).

### 5) **R. Fischer** (Leipzig). Becken bei doppelseitiger Oberschenkelluxation.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXV. Hft. 3.)

F. hat seiner Arbeit 2 in der Sammlung des Leipziger Entbindungsinstitutes befindliche Becken mit doppelseitiger Oberschenkelluxation zu Grunde gelegt. Das erste derselben zeigt alle charakteristischen Eigenschaften des Luxationsbecken, die Kleinheit der Knochen, die steile Stellung und Abplattung der Darmbeinschaufeln, die quere Verengerung des großen Beckens, die Niedrigkeit des kleinen, besonders aber die quere Erweiterung des Beckenausganges, den weiten Schambogen. Auch in Bezug auf die Deformation des Beckeneinganges bietet es durch seine mäßige Abplattung von vorn nach hinten und seine vermehrte Querspannung, wenn dieselbe auch gering ist, das gewöhnliche Bild des Luxationsbeckens. Doch muss hier bemerkt werden, dass gerade über die Deformation des Beckeneinganges die Ansichten der Autoren aus einander gehen, und mit Recht. Denn eine kurze Zusammenstellung der anderweitig und schon früher beschriebenen Luxationsbecken, welche vom Verf. eingefügt ist, zeigt hierin eine nicht unbedeutende Differenz der einzelnen Becken. F. hält es desswegen für geboten, zwischen wesentlichen und unwesentlichen Veränderungen zu unterscheiden, um so mehr, als hier und da noch manche andere Abweichungen vorkommen. Als wesentliche bezeichnet er nur die Kleinheit der Knochen, die quere Verengerung des großen Beckens und vor Allem die quere Erweiterung des Beckenausganges mit weitem Schambogen.

Diese Veränderungen finden sich auch an dem zweiten Becken. Zu diesen treten aber noch andere. Das ganze Becken ist schräg verschoben, schräg verengt. Die linke Hälfte steht weiter nach rückwärts und höher als rechts und ist, namentlich vorn, einwärts gegen die Beckenhöhle gedrängt, die rechte umgekehrt nach außen. Das Promontorium springt kaum merklich vor. Die Theile des Beckeneinganges liegen nicht in einer Ebene. Der rechte Kreuzbeinflügel ist erheblich breiter als der linke. Das Kreuzbein selbst ist nach links gedreht. Endlich ist die Wirbelsäule skoliotisch.

Im Anschluss an die Beschreibung dieser beiden Becken erörtert F. die Entstehung der fraglichen Beckendeformität. Meist wird dieselbe auf rein mechani-

sche Ursachen zurückgeführt. Dieselben Momente, welche dem erwachsenen normalen Becken seine Gestalt gegeben haben, spielen auch hier eine Rolle, nämlich der Druck der Rumpflast, der Zug der Bänder und Muskeln und die allgemeinen Gleichgewichtsverhältnisse des ganzen Körpers. Die besonderen Verhältnisse, welche gerade am Luxationsbecken die Wirkungsweise dieser mechanischen Momente bestimmen, sind: zuerst die starke Beckenneigung, dann der veränderte Ort des durch die Oberschenkelköpfe ausgeübten Druckes, ferner der Zug der Gelenkkapsel und der Muskeln, die erhöhte Spannung der Lig. ileo-sacralia posteriora, endlich auch die verminderte oder aufgehobene Funktion mancher Muskeln.

Auch die Atrophie des Luxationsbeckens hat man gleich der Formveränderung desselben aus mechanischen Verhältnissen zu erklären versucht. Doch ist dieselbe wahrscheinlich nicht bloß eine Folge dieser letzteren, sondern auch eine solche der ursprünglichen Anlage. Nach der verbreitetsten Ansicht beruht die Luxation selbst auf einem Bildungsfehler, auf einem verminderten Wachsthumstrieb oder einer frühzeitigen Verknöcherung oder einem gänzlichen Fehlen des Y-förmigen Knorpels der Pfanne. Macht sich aber hier eine derartige Störung geltend, so muss nicht bloß die Pfanne, sondern das ganze Becken eine Wachsthumshemmung erleiden, da der Knorpel wie die Pfanne jedem der 3 das Os innominat. zusammensetzenden Knochen angehört. Vielleicht ist aber der Y-Knorpel nicht einmal die einzige für das Wachsthum wichtige Stelle am Becken, die verkümmert ist; wenn gleichzeitig mit der Luxation am übrigen Skelett so häufig Störungen in der Anlage auftreten, warum soll gerade das Becken selbst unbetheiligt bleiben?

Auch die schräge Verengerung des zweiten von ihm beschriebenen Beckens führt F. auf einen Bildungsfehler zurück, nämlich auf eine primäre Verkümmerung eines Kreuzbeinflügels, eine ursprüngliche, mangelhafte Entwicklung der Knochenkerne desselben.

Über den Geburtsverlauf beim Luxationsbecken stimmen die Ansichten der Autoren nicht ganz überein. In der Mehrzahl der Fälle scheint derselbe allerdings ein leichter zu sein, doch nicht in allen, besonders dann nicht, wenn zu der charakteristischen Beckendeformität noch andere Komplikationen hinzutreten.

Was die Diagnose des Leidens an der Lebenden betrifft, so bedarf hier die äußere Körperform, welche charakteristische Veränderungen erfährt, der Beachtung. F. beschreibt dieselbe an der Hand eines in dem Leipziger Entbindungsinstitut zur Beobachtung gekommenen Falles, von welchem er zwei nach photographischer Aufnahme gefertigte Abbildungen seiner Arbeit beigefügt hat. Lässt sich auch nicht in Abrede stellen, dass sich das Bild der äußeren Körperform in manchen Punkten, wie z. B. der starken Lendenlordose, Hängebauch, vermehrter Beckenneigung, breiten Hüften etc. dem öfters bei Rachitis zu beobachtenden nähert, so wird eine Unterscheidung beider Beckenarten bei Berücksichtigung der vielen anderen Veränderungen, welche Rachitis in der Körperform hervorruft, doch nicht schwer sein. Größer ist dagegen die Ähnlichkeit der doppelseitigen Hüftgelenkluxation mit Spondylolisthesis. Bei beiden finden sich konstant verringerte Körperhöhe, Einsattelung der Lendengegend, Faltenbildung zwischen Beckengegend und übrigem Rumpf, Hervortreten der Hüften und dadurch Verbreiterung des Gesäßes oben, Verschmälerung desselben unten, Vorspringen des Abdomen. Weiter ist beiden ein watschelnder Gang gemeinsam. Aber auch werthvolle Unterscheidungsmerkmale sind vorhanden. Die Verkürzung des Körpers betrifft bei Luxation nicht den Rumpf, sondern die unteren Extremitäten. Sie erscheinen in Folge dessen kurz, bei Spodylolisthesis dagegen unverhältnismäßig lang. Dasselbe gilt von den Armen. Die Beckenneigung ist bei der Luxation im direkten Gegensatz zur Spondylolisthesis stark vermehrt, woraus wieder eine Reihe von Unterscheidungsmerkmalen resultiren. Ferner treten bei der letzteren die Darmbeinkämme ziemlich scharfkantig hervor, während bei der ersteren die Hüftbreite von den Trochanteren gebildet wird, welche abgerundete, mehr nach hinten gerichtete Vorsprünge darstellen. Die Dellen, welche bei Spondylolisthesis regelmäßig hinter den Trochanteren beobachtet werden, fehlen hier. Verf. zählt noch andere Unterschei-

dungsmerkmale auf, in Betreff deren auf das Original verwiesen sei. Erwähnt sei zum Schluss nur noch der Umstand, dass bei der Luxation die Lendenlordose bei der Beugung des Rumpfes, wie auch in der Rückenlage verschwindet, bei Spondylolisthesis aber die Deformität der Wirbelsäule immer dieselbe bleiben muss.

**Graefe** (Halle a/S.).

6) **Terillon.** Probeincision bei Abdominaltumoren.

(Annales de gynéc. 1885. Mai—Juni.)

T. bespricht im Anschluss an 3 Fälle, in denen er diagnostische Laparotomie gemacht hat, die Indikationen, die Ausführung und die Resultate dieser Operation.

Die betreffenden Fälle waren folgende:

1) 52jährige Frau, seit dem 15. Jahre menstruirt, hat einmal geboren. Seit $^3/_4$ Jahren bemerkt sie Anschwellung des Leibes, sie magerte ab; die Athmung wurde durch die Ausdehnung des Abdomens behindert. Die Untersuchung ergab eine große Flüssigkeitsmenge im Abdomen, welche unbeweglich erschien; die Exploration per vaginam ließ nichts weiter erkennen, als dass die Beweglichkeit des Uterus behindert war. Nach einer Punktion, bei welcher 7 Liter nicht blutiger, etwas Paralbumin enthaltender Flüssigkeit entleert worden war, fühlte man in der rechten Seite Tumormassen. 10 Tage darauf erneute Punktion, welche ebenfalls 7 Liter Flüssigkeit lieferte. Die Diagnose war nicht sicher; gegen Malignität sprach das Fehlen von Blut in der Flüssigkeit und die Anwesenheit von Paralbumin. Daher Probeincision, unter antiseptischen Kautelen. Es ergiebt sich ausgedehnte Carcinose des Peritoneums; die gefühlten Tumormassen gehören dem Netz an und sind mit der Bauchwand verwachsen. Schluss der Bauchwunde mit 6 Suturen. Keinerlei Reaktion auf die Operation. Unter stetig zunehmender Schwäche erfolgte mehrere Wochen später der Tod. Bemerkenswerth an dem Fall ist das Fehlen von Blut in der Ascitesflüssigkeit bei so ausgedehnter Peritonealcarcinose.

2) 46jährige Frau, hat 3mal geboren. Seit 5 Jahren Schmerzen im Leib, Erbrechen, Anschwellen des Abdomens. Vor 6 Monaten waren 3 Liter bierähnlicher Flüssigkeit entleert worden, worauf eine Injektion von Jodlösung gemacht wurde; hierauf 14 Tage lang starke Schmerzen; die Flüssigkeit sammelte sich wieder an. Die Untersuchung ergab: Leibesumfang 100 cm; die im Abdomen befindliche Flüssigkeit scheint nicht frei zu sein; Verstopfung, Dysurie. Alle Organe des Körpers, auch die Leber, erweisen sich als gesund. Auch nachdem durch Punktion 4 Liter heller Flüssigkeit entleert waren, konnte man keinen Tumor auffinden. Diagnose unsicher, vielleicht Parovarialcyste. Incision 12 cm lang. Darm und Netz sind vielfach verwachsen (eine Folge der Jodinjektion); keine genügende Erklärung ergab sich für den Ascites. Im Uterus einige kleine Fibrome, welche wohl kaum als die Ursache anzusehen waren. Der Eingriff wurde ohne Reaktion ertragen. Die Frau geheilt entlassen. Das Merkwürdige an dem Fall ist, dass der Ascites sich nicht wieder einstellte. Das Allgemeinbefinden besserte sich; noch nach Jahresfrist konnte vollkommene Gesundheit konstatirt werden.

3) 27jährige Frau, bemerkte schon vor 5 Jahren in der Unterbauchgegend einen hühnereigroßen Tumor; ein Jahr später begann dieser zu wachsen, das Abdomen vergrößerte sich. Vor 3 Jahren wurden per os und per anum reichliche Mengen gelblicher Flüssigkeit entleert, wobei das Volumen des Leibes erheblich abnahm (Perforation des Tumors in den Darm). Dasselbe wiederholte sich noch 2mal nach je 6 Monaten. Vor $1^1/_2$ Jahren Punktion, worauf in der Tiefe des Beckens Tumormassen zu fühlen waren. Seitdem noch 25 Punktionen, zuletzt bis zu 17 Liter. Status: Stark abgemagert, Appetit vorhanden, erschwerte Respiration, Stuhl- und Urinbeschwerden. Leibesumfang 120 cm. Uterus beweglich, im hinteren Scheidengewölbe eine fluktuirende Masse. Nachdem durch Punktion 12 Liter leicht röthlicher Flüssigkeit entleert waren, konstatirte man einen fluktuirenden Tumor, der das kleine Becken ausfüllte und bis Nabelhöhe emporragte. Ein Zusammenhang mit dem Uterus ließ sich nicht sicher feststellen. Es wurde nun Laparotomie gemacht, um eventuell radikal zu operiren. Man fand eine große, dickwandige Cyste, Punktion entleert nur eine geringe Menge des gelatinösen Inhaltes; die Punk-

tionsöffnung wurde mit Katgutnähten wieder verschlossen. Umfangreiche Adhäsionen mit Uterus, Darm und Beckenwand machten die Entfernung unmöglich. Der Ascites entstand nach der Operation schnell wieder. Am 12. Tage erfolgte der Tod an Erschöpfung.

T. bespricht hierauf, nachdem er einige historische Bemerkungen vorausgeschickt hat, die Ausführung der Operation. Der Schnitt soll in der Medianlinie geführt werden und nicht zu klein sein, so dass man einen guten Überblick erhalte und nöthigenfalls mit der Hand eingehen könne. Cysten können, falls die Diagnose hierdurch gefördert werden kann, punktirt werden mit nachheriger Vernähung der Öffnung. Ascites vermehrt die Gefahr der Operation nicht. Strenge Asepsis ist unbedingt erforderlich. Stets sollen die Vorbereitungen so getroffen sein, dass eventuell die Radikaloperation gleich angeschlossen werden kann.

Verf. stellt aus der Litteratur 179 Fälle zusammen; bei 21% erfolgte tödlicher Ausgang. Aus der neuesten Zeit erwähnt er 94 Fälle von Lawson Tait mit nur 2 Todesfällen.

Er empfiehlt schließlich die Operation auf das wärmste; man soll sie in allen Fällen zweifelhafter Diagnose machen, wenn man noch irgend eine Aussicht erblickt, möglicherweise Heilung herbeizuführen. Die Meinung derjenigen Chirurgen theilt er jedoch nicht, welche die Incision in jedem Fall der Punktion vorziehen; führt letztere allein zum Ziel einer genügenden Diagnose, so soll die Probeincision unterbleiben. **Skutsch** (Jena).

7) **A. Poskin.** Fall von Eklampsie.

(Journ. d'accouch. 1885. No. 14.)

IIgravida im 9. Monat. Leichte Ödeme, gedunsenes Gesicht. Am Abend zuvor Magen- und Kopfschmerzen. Am folgenden Tag reichlichere Nahrungsaufnahme als gewöhnlich, dann getanzt; Abends heftige Magenschmerzen, starkes Erbrechen. Dann alle 10 Minuten eklamptische Anfälle. Während der Intervalle Koma. Durch Venaesectio 500 g Blut entleert; bald darauf 3 g Chloral. Da Muttermund dilatabel, Extraktion des abgestorbenen Kindes mit der Zange. Heiße Intra-uterin-Injektion. Pat. bleibt komatös; eklamptische Anfälle cessiren mehrere Stunden. Dann ein sehr heftiger, während dessen der Exitus erfolgt.

**Graefe** (Halle a/S.).

8) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Paris.

Sitzung vom 9. Juli 1885.

(Annales de gynécol. 1885. Juli.)

Vorsitzender: Pajot.

1) Martineau berichtet über seine Studien über Gonorrhoe beim Weibe. Die rein kontagiöse Natur hält er durch die Entdeckung der Gonokokken durch Neisser für sicher erwiesen. Gonorrhoische Affektion des Uterus erklärt er für sehr selten; unter mehr als 4000 Fällen von Gonorrhoe hat er nur 10 Fälle beobachtet, die den Uterus betrafen; den Grund für diese Seltenheit will er darin finden, dass die reichliche Sekretion des Uterus einen Schutz für das Eindringen des Infektionsstoffes gewähre. Der gonorrhoische Ausfluss hat saure Reaktion. Gelenkerkrankung nach Gonorrhoe hat er verhältnismäßig selten gesehen. Er erreichte mit Sublimatbehandlung gute, aber doch nicht vollkommene Resultate; der Grund hierfür liege darin, dass das Sublimat nicht tief genug eindringe, um alle Stellen, in denen die Gonokokken sitzen, zu treffen; eine kombinirte Behandlung mit dem Galvanokauter und mit Sublimatausspülungen hat zu sehr guten Resultaten geführt, wie er an mehr als 1200 Fällen feststellen konnte.

Diskussion: Guerin erwähnt, dass ein sicherer Anhalt für die Diagnose einer gonorrhoischen Vaginitis aus dem gleichzeitigen Vorhandensein einer Urethritis gewonnen werde. Martineau widerspricht dem; er hat Fälle von einfacher Vaginitis beobachtet, welche mit Urethritis komplicirt waren. Die Diagnose wird sicher gestellt durch das Auffinden der Gonokokken und durch die saure Reaktion des Ausflusses.

2) Martineau berichtet über seine Arbeit über heimliche Prostitution. Diese müsste so viel wie möglich unterdrückt werden, wenn man die Zahl der venerischen Erkrankungen herabdrücken wolle.

3) Pajot demonstrirt einen Katheter zu intra-uterinen Injektionen; derselbe hat Öffnungen an der Spitze, um auch den Fundus uteri bespülen zu können.

4) Auvard berichtet über einen Fall von künstlicher Frühgeburt, bei welchem er die Methode von Krause (Einführen eines Bougies) mit sehr gutem Erfolge angewendet hat. Es handelte sich um eine 32jährige Erstgebärende mit engem Becken (Conjugata $8^1/_2$ cm): 53 Stunden nach Einführung des Bougies war die Geburt beendet. Lebendes Kind. **Skutsch** (Jena).

9) **Boissarie.** Uterusfibrom; Hysterektomie.

(Annales de gynécol. 1885. Juli.)

B. berichtet über einen Fall von Uterusfibrom, dessen Interesse durch die enorme Größe des Tumors bedingt ist; derselbe wog 74 Pfund, ist also wohl einer der größten, die überhaupt beschrieben sind.

Pat. war 34 Jahre alt, hatte 2mal geboren, zuletzt vor 7 Jahren; kurze Zeit nach dieser letzten Geburt bemerkte sie die Anwesenheit einer Geschwulst. B. sah die Kranke zuerst vor 3 Jahren und überzeugte sich damals durch eine Probepunktion von der soliden Beschaffenheit des Tumors. Durch 5 Monate lang fortgesetzte Ergotininjektionen wurden die bestehenden Blutungen geringer; der Tumor wuchs jedoch unaufhaltsam weiter. Es wurde dann von einem anderen Arzt nochmals eine Probepunktion vorgenommen, an diese schloss sich ein schweres Erysipel an; doch überwand Pat. dieses, eben so eine noch hinzukommende Pneumonie. Als die Kranke später wieder in B.'s Beobachtung kam, wünschte sie dringend die Operation und B. willfahrte ihrem Wunsche.

Leibesumfang 136 cm; der Tumor reicht bis in das Niveau der Knien herab. Ernährungszustand gut. Die Incision erstreckte sich vom Proc. xiphoideus bis zur unteren Partie des Tumors in einer Ausdehnung von fast einem Meter. Die Operation gestaltete sich viel einfacher, als erwartet war, indem sich nirgends erhebliche Adhäsionen fanden. Auch ließ sich ohne Mühe ein Stiel bilden; der Tumor saß der rechten Kante des Corpus uteri an; der Stiel wurde intraperitoneal versorgt. Starker Kompressionsverband. Der Tumor war ein durchweg solides Fibromyom, enthielt nirgends Cysten. Die Operirte erholte sich nicht von dem Eingriff und starb am 3. Tage unter den Erscheinungen des Shock.

B. meint schließlich, man solle sich bei Myomen, eben so wie man es bei Ovarialtumoren thut, zu frühzeitiger Operation entschließen.

**Skutsch** (Jena).

10) **A. Leblond.** Bestimmung des Geschlechtes bei Pseudohermaphroditismus.

(Annales de gynécol. 1885. Juli.)

Das französische Gesetz schreibt vor, innerhalb dreier Tage nach der Geburt eines Kindes anzugeben, ob es männlichen oder weiblichen Geschlechtes sei. Diese Bestimmung führt zu Unzuträglichkeiten in Fällen von Pseudohermaphroditismus, indem es vorkommt, dass Personen ein anderes Geschlecht zugeschrieben wird, als ihnen eigentlich zukäme. L. theilt eine Anzahl solcher Fälle mit und hält eine Abänderung des Gesetzes dahin für nothwendig, dass es gestattet werde, das Geschlecht auch als zweifelhaft oder unbestimmbar anzugeben. Erst nach Eintritt der Pubertät kann die Untersuchung in vielen Fällen entscheidenden Aufschluss geben. Diejenigen Individuen, deren Geschlecht bei der Geburt als zweifelhaft oder unbestimmbar bezeichnet wurde, dürften nicht heirathen, bevor sie sich nicht einer wissenschaftlichen Untersuchung unterzogen hätten. **Skutsch** (Jena).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

““# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

**Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.**

**N<sup>o</sup>. 6. Sonnabend, den 6. Februar. 1886.**



## *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie.*

*Einladung.*

*Vom 17.—19. Juni dieses Jahres, in der zweiten Hälfte der Pfingstwoche, wird in München der erste Kongress der*

*»Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie«*

*tagen.*

*Die Sitzungen werden Vormittags 9—12 und Nachmittags 2 bis 4 Uhr in der kgl. Universitätsfrauenklinik abgehalten.*

*Kranke, welche von Mitgliedern der Gesellschaft vorgestellt werden sollen, können Unterkunft in der kgl. Universitätsfrauenklinik finden.*

*Sehr erwünscht ist die Vorlegung von Instrumenten und Präparaten.*

*Zu reger Betheiligung an diesem Kongresse laden ihre Fachgenossen ein*

***Winckel,*** *München.* ***Olshausen,*** *Halle.*

# Ein Kaiserschnitt nach Sänger-Leopold mit unglücklichem Ausgange für Mutter und Kind aus dem Jahre 1883.

Von

**H. Münster** (Königsberg i/Pr.).

Frau S., 32 Jahre alt, kam am 3. September 1883 kreißend von Kowno nach Königsberg. Pat. gab an, im Herbst 1880 bei einer Konsultation Hildebrandt's wegen ihrer Sterilität erfahren zu haben, dass sie an einer Beckengeschwulst litte, die ihr bei einer etwaigen Gravidität große Gefahr bringen könnte. Die von ihr seitdem gefürchtete Gravidität trat nach 11jähriger Sterilität Ende November 1882 ein. Nach ungestörtem Verlauf der Schwangerschaft stellten sich am 30. August 1883 die ersten Wehen ein, die in den beiden folgenden Tagen stärker wurden, ohne dass die Geburt Fortgang nahm. Als am 3. Tage derselbe Zustand fortdauerte, beschloss die Pat., in Königsberg Hilfe zu suchen und trat in Begleitung ihrer Hebamme die Reise an. Am Anfange der 7stündigen Bahnfahrt ging das Fruchtwasser ab. Am 3. September $12^1/_2$ Uhr Mittags fand ich die Pat. in einem Privatquartier in folgendem Zustande:

Mittelgroße Brünette von kräftiger Konstitution, straffer Muskulatur und starkem Panniculus adiposus. Das Abdomen in seiner Ausdehnung dem Ende der Gravidität entsprechend; 99 cm Umfang; Ausdehnung auf der rechten Seite stärker als auf der linken; sehr fettreiche Bauchdecken. Der Uterus steht rechts im Scrobiculus cordis, erscheint dickwandig. Rechts im Fundus ist der Kopf, in der rechten Seitenwand der Rücken, auf dem Beckeneingang der bewegliche Steiß nachweisbar. Herzschlag rechts, in der Höhe des Nabels, 14 Schläge in 5 Sekunden, kräftig, schmerzhafte Wehen alle 10 Minuten. Die innere Untersuchung ergab: Breiter Damm, Frenulum vorhanden, weiter Introitus. Beim Eingehen in die Vagina fällt sofort eine starke Hervortreibung der hinteren Vaginalwand auf, welche eine Verengerung in den oberen 2 Dritttheilen der Scheide bedingt. Die Portio vaginalis steht hoch nach rechts gerichtet hinter dem rechten horizontalen Schambeinast, der Muttermund und Cervikalkanal lassen 2 Finger passiren, welche einen beweglichen Kindstheil erreichen, der an der Analöffnung und an dem Hodensack als »Steiß« erkannt wird. Die Hervortreibung der hinteren Vaginalwand ist bedingt durch einen Tumor, der, hinter dem Cervix uteri vom Beckeneingang an, sich nach abwärts etwas verjüngend, die ganze Kreuzbeinaushöhlung ausfüllt und bis ca. 5 cm oberhalb des Introitus vaginae herabsteigt. Die Form des Tumors ist sphärisch, seine Oberfläche uneben, seine Konsistenz elastisch weich. Per rectum fühlt man den Tumor vom Beckeneingang aus retrovaginal herabsteigend, und das Rectum stark komprimirend, erkennt seine unebene, höckrige, fast Einschnürungen zeigende Oberfläche, und erscheint seine Kon-

sistenz an einzelnen Partien fast fluktuirend. Sowohl von der Scheide als vom Rectum aus lässt sich der Tumor nicht bewegen.

Behufs genauerer Untersuchung wird, nachdem der Pat. etwas Ruhe gelassen ist, chloroformirt und darauf das Becken mit der halben Hand abgetastet. Der Tumor lässt sich bis in die Höhe des Beckeneinganges verfolgen, auch gelingt es, eine kurze Strecke zwischen Cervix uteri und Tumor einzudringen, die obere Grenze des Tumors jedoch lässt sich nicht feststellen. Die Raumbeschränkung innerhalb des Beckens ist eine derartige, dass in der Höhe des Beckeneinganges kaum 3 Querfinger zwischen der hinteren Wand der Symphyse und dem Tumor Platz finden, so dass zwischen Symphyse und Tumor nur ein knapp 4 cm breiter Zwischenraum bleibt. Die Raumbeschränkung ist in dem Bereich der Beckenweite und Beckenenge entsprechend der Form des Tumors geringer. Bei der Rectaluntersuchung fällt die eigenthümlich cystische Konsistenz des Tumors auf. Sofort angestellte Repositionsversuche misslingen. Wenn die Untersuchung nun auch keinen sicheren Aufschluss darüber gab, ob wir den Ursprung des Tumors von der hinteren Uteruswand, oder vom Kreuzbein, oder endlich aus dem Beckenbindegewebe annehmen durften, so war doch der Weg für unser geburtshilfliches Handeln vorgezeichnet. Die Raumbeschränkung innerhalb des Beckens war eine so bedeutende, dass ein lebendes Kind niemals, ein abgestorbenes zerstückelt kaum ohne Schaden für die Mutter entwickelt werden konnte. Gelänge es, den Tumor zu verkleinern, so könnte man einen Fuß herunterschlagen, den Wehendruck durch Zug am Fruchtkörper unterstützen und eventuell, wenn die Frucht bei der Extraktion abstürbe, durch Verkleinerung der Frucht die Geburt ermöglichen. Gelänge die Verkleinerung des Tumors nicht, so würde die Geburt per vias naturales unmöglich, und es bliebe nur die Sectio caesarea übrig.

Die cystische Konsistenz des Tumors forderte nun entschieden auf, einen Versuch zur Verkleinerung des Tumors durch die Punktion zu machen und wurde daher folgender Plan gefasst:

1) Punktion des Tumors per rectum. Sollte dieselbe Erfolg haben: Herunterholen eines Fußes, Abwarten des Erfolges der Wehenthätigkeit, eventuell Extraktion und nach etwaigem Absterben der Frucht Verkleinerung derselben. Auf Erhaltung der Frucht kann kaum gerechnet werden, da die vollständige Beseitigung der Raumbeschränkung von vorn herein fraglich ist.

2) Bei Erfolglosigkeit der Punktion: Sectio caesarea, welche allein die Aussicht auf Erhaltung des Lebens von Kind und Mutter gewährt. Nach genügender Reinigung und Desinfektion des Zimmers und Herrichtung eines Operationstisches konnte gegen 6 Uhr Abends zur Operation geschritten werden, bei welcher die Herren Dr. Kob, Lange und Nitschmann freundlichst die Assistenz übernahmen. Temperatur der Kreißenden 38,4, Puls 112; Fötalton 20 in 5 Sekunden. Zunächst wurde in Chloroformnarkose das Rectum mit 0,1%iger

Salicyllösung ausgespült und dann unter Leitung zweier bis an den Tumor eingeführter Finger ein dicker Trokar gerade in eine scheinbar fluktuirende Stelle eingestoßen. Nach Zurückziehen des Stiletts entleerte sich nur eine geringe Menge dunklen Blutes. Es wurde darauf sofort zur Sectio caesarea geschritten. Nach Abwaschen der Bauchdecken mit 5%igem Karbolwasser, Abrasiren der Schamhaare, Entleerung der Blase, desinficirender Ausspülung der Vagina, wurde die Assistenz derart vertheilt, dass Herr Kollege Kob das Abdomen, Kollege Lange die Instrumente, Herr Nitschmann die Überwachung der Narkose übernahm, eine aus der Stadt requirirte Hebamme setzte bis zur Eröffnung der Bauchhöhle einen Handspray in Gang und hatte danach das Amt, mit einer Petroleumlampe das Operationsfeld zu beleuchten. Die Incision in der Linea alba begann fast im Scrobiculus cordis über der Kuppe des Fundus uteri, der in die Mittellinie gebracht und daselbst fixirt wurde, umging links den Nabel und endigte in Handbreite oberhalb der Symphyse; bei der Durchtrennung der Haut und der fast handhohen Fettschicht keine wesentliche Blutung. Nach Spaltung des Peritoneum in der ganzen Ausdehnung der Wunde erscheint der blaurothe Uterus, welcher, ohne dass Därme vorfallen, aus der Incisionswunde herausgewälzt wird. Der hinter dem aufgerichteten Uterus gelegene Theil der Wunde wird mit 3 tiefen Suturen provisorisch geschlossen; hinter und zu beiden Seiten des Uterus wird desinficirtes Guttaperschapapier ausgebreitet, um etwaiges Hineinfließen von Blut in die Bauchhöhle zu verhindern. Der aufgerichtete Uterus kontrahirt sich an der Luft, seine Wandungen sind mit zahlreichen prominenten, reichlich walnussgroßen Knoten durchsetzt; im Fundus fühlt man rechts den Kopf der Frucht, links und mehr der vorderen Wand zu markirt sich die Placenta. Die vordere Wand des Uterus wird in der Mittellinie vom Fundus abwärts bis an die Cervikalgrenze incidirt, der Schnitt im Fundus sofort durch die ganze Dicke der Muskulatur geführt, worauf der gegenüber stehende Assistent mit dem Zeigefinger der rechten Hand in den oberen Wundwinkel einhakt und so den Uterus nach aufwärts fixirt. Danach wird der Schnitt in seiner ganzen Ausdehnung durch die Uteruswandungen hindurchgeführt. Die bei der ersten Schnittführung profuse Blutung stand, sobald die Uteruswandungen durch den Zug des im oberen Wundwinkel befindlichen Fingers angespannt wurden. Der Schnitt war dicht neben den rechten Placentarrand gefallen, welcher sammt dem Kopf der Frucht im oberen Wundwinkel sichtbar wird. Nach Durchreißung der Eihäute wird die Frucht schnell an Kopf und Schultern entwickelt und abgenabelt, und da sie einzelne schnappende Inspirationsbewegungen macht und unregelmäßigen schwachen Herzschlag zeigt, einem der Assistenten behufs Wiederbelebung übergeben. Die Placenta wird vom Schnittrande aus leicht mit der Hand abgelöst, die Eihäute durch leichten Zug entfernt. Der Uterus, aus welchem bei seiner Entleerung etwas übelriechendes Gas entwich, kontrahirt

sich schnell, der gegenüber stehende Assistent umgreift denselben mit beiden Händen unterhalb des unteren Wundwinkels, komprimirt ihn fest und beherrscht so jede Blutung aus den Schnittflächen. Die Innenfläche des Uterus ist mit graulich verfärbter, matscher Decidua bedeckt, die Wandungen des Uterus sind auffallend dick und lassen bei der Betastung eine Unzahl theils prominirender, theils in das Gewebe eingelagerter Knoten erkennen, von denen sich eine große Zahl auch auf den Schnittflächen markirt. Beim Eingehen mit zwei Fingern hinter den Uterus wird der Cervix frei gefunden; der Tumor gehört dem kleinen Becken an, beginnt dicht unterhalb des Promontorium und bedeckt, so weit von oben her zu konstatiren ist, das Kreuzbein in seiner ganzen Breite. Nach Auswaschen der Uterushöhle mit 5%igem Karbolwasser und Entfernung der lose in die Höhle hinabsteigenden Deciduafetzen wird die Serosa leicht beiderseits in der ganzen Ausdehnung der Wundränder in reichlich 1 cm Breite unterminirt. Danach wird die Serosa einer Seite mit Pincetten erhoben und nach außen umgelegt, ein starkes Lanzenmesser in der Mitte der Wunde, 1 cm vom Rande ein-, schräg durch die Muskulatur hindurch in der Grenze der Deciduaschicht so ausgestoßen, dass ein kleiner Saum von Decidua mitgenommen wird, und durch Führung nach aufwärts und abwärts bis in die Wundwinkel hinein ein keilförmiger, nach den Wundwinkeln zu schmaler zulaufender Muskelstreifen resecirt. Dasselbe Verfahren wird auf der anderen Seite ausgeführt. Nach nochmaliger Reinigung der Uterushöhle und der Wundränder wird die Serosa beiderseits mit Pincetten angezogen und über die Wundflächen so eingefalzt, dass in der ganzen Ausdehnung der Wunde Serosa auf Serosa genau aufliegt. Dann folgt die Naht; 10 tiefe Nähte fast 1 cm vom Wundrand durch die ganze Dicke der Muskulatur unter Freilassung der Deciduaschicht, nach deren Schließung 15 mitteltiefe und oberflächliche, welche letztere die eingefalzten Serosaflächen genau an einander bringen. Bei Nachlass der Kompression keine Blutung. Der Uterus wird nach Reinigung seiner Oberfläche in die Bauchhöhle versenkt, die Bauchwunde mit 12 tiefen, das Peritoneum mitfassenden und 12 oberflächlichen Nähten geschlossen. Als Nähmaterial diente für Uterus und Bauchwunde karbolisirte Seide. Reinigung der Bauchdecken; Salicylwatteverband mit nassen Gazebinden fixirt. Dauer der Operation $1^1/_4$ Stunden. Während der letzten Viertelstunde Collaps, der sich nach 2 subkutanen Ätherinjektionen hebt. Pat. wird in das erwärmte Bett gebracht. — Die Wiederbelebung des tief asphyktischen Kindes war nicht gelungen. Dasselbe war männlichen Geschlechts, wog 3100 g; Körperlänge 47 cm, Kopfumfang 32 cm, Schulterumfang 34 cm.

Verlauf:

4. September Morgens Temp. 37,8, Puls 120; Abends Temp. 38,2, Puls 128. Klagen über Schmerz im Leibe, Durst, Übelkeit. Rein blutige Sekretion aus der Vagina. Urinretention. Ordination: Eisstückchen; Wismuth 0,1 pro dosi. Katheter.

5. September Morgens 37,9, 120; Abends 38,5, 132. Reichliche übelriechende Sekretion aus der Vagina. Heftiger Leibschmerz. Im Laufe des Tages zunehmende tympanitische Auftreibung des Abdomens. Übelkeit. Erbrechen. Urin spontan entleert. Ordination: Eispillen; Wismuth mit Opium 0,1 und 0,02 stündlich. Eismilch. Ausspritzung der Vagina mit 2%iger Karbollösung. Abends Morphium 0,01 subkutan.

6. September Morgens 39,1, 132. Abends 39,8, 140. Sehr starke Tympanie. Erbrechen. Große Unruhe. Sekret aus der Vagina noch übelriechend. Ordination: Lockerung des Verbandes; Einlegen eines Darmrohres in das Rectum; Vaginalirrigation. Kalomel mit Opium āā 0,015 stündlich, Abends Morphium subkutan 0,015.

7. September Morgens 38,0, 140. Mittags vollständiger Collaps mit Temp. 36,3 und unzählbarem Pulse. 4 Uhr Nachmittags erfolgte der Exitus letalis.

Von den Angehörigen wurde nur die Eröffnung der Bauchhöhle gestattet, welche 3 Stunden post mortem gemacht wurde. Nach Lösung der Bauchnähte zeigt sich die Bauchwunde in ihrer ganzen Ausdehnung verklebt. Eröffnung des Abdomen durch Trennung der Wunde. Meteoristische Auftreibung der Därme, besonders des Colon, die Serosa der Därme stark injicirt, getrübt, die Darmschlingen mit einander verklebt, zwischen den Darmschlingen einzelne Eiterflocken. In der Bauchhöhle eine geringe Menge trüber Flüssigkeit. Zur Freilegung des Uterus wird der Bauchschnitt bis an die Symphyse erweitert. Der Uterus hat die Größe eines Kindskopfes, liegt frei in der Bauchhöhle und im kleinen Becken, seine Rückwand und der Fundus zeigen leichte fibrinöse Beschläge; beide Parametrien sind sulzig-eitrig infiltrirt. Die Ränder der Uteruswunde liegen dicht an einander, keine der Suturen hat durchgeschnitten, auf der Wunde leichter fibrinöser Belag. Nach Durchschneidung der Suturen erscheint die Uteruswunde verklebt, die eingefalzten Serosaflächen fest an einander liegend. In der Uterushöhle jauchige Massen, nach deren Loslösung das Bild der Endometritis diphtheritica. Eine genauere Untersuchung des Tumors musste unterbleiben, da die Angehörigen die Herausnahme der Beckenorgane nicht zuließen. Die in den resecirten Muskelstreifen enthaltenen Knoten erwiesen sich bei der im hiesigen pathologischen Institut vorgenommenen Untersuchung als Fibrome, von denen einige sarkomatöse Elemente enthielten.

Der üble Ausgang des Falles durfte nicht Wunder nehmen. Die Operation wurde, wie dies die Verhältnisse bedingten, nach mehr als 3tägiger Geburtsdauer, nach stundenlang vorausgegangenem Fruchtwasserabfluss, bei bereits begonnener Endometritis — also zu spät — gemacht. Ob das Porro'sche Verfahren ein besseres Resultat geliefert hätte, ist mindestens fraglich, da wir über die wirkliche Ausbreitung einer Erkrankung der Uterusinnenfläche, deren Anfänge wir erkennen, keine bestimmte Vorstellung haben und wohl annehmen können, dass die Infektionskeime vom Endometrium aus so früh in die Lymphbahnen

eindringen, dass die Entfernung des ganzen Organs doch keinen Schutz vor der Weiterverbreitung der Infektion mehr gewähren kann. Ich hätte außerdem wegen der ausreichenden Versorgung des zurückbleibenden Uterusstumpfes bei dem bedeutenden Umfang desselben und bei der Durchsetzung des ganzen Uterusgewebes mit so reichlichen Neubildungsmassen Bedenken gehabt; ein solcher Stumpf wäre schwer aseptisch zu halten gewesen und hätte somit selbst zu leicht eine Infektionsquelle abgeben können. Bei der Operation habe ich das von Leopold (Archiv f. Gynäkologie Bd. XIX. p. 400) beobachtete Verfahren befolgt; gegen einige Abweichungen: Fixirung des Uterus bei der Eröffnung durch Einhaken in den oberen Wundwinkel und Resektion des Muskelstreifens von der Mitte der Wunde aus, — dürfte sich im Wesentlichen nichts einwenden lassen.

Die Veröffentlichung des Falles hatte ich verzögert, da die Beobachtung desselben dadurch eine empfindliche Lücke erhielt, dass es weder intra vitam noch post mortem möglich war, über Sitz und Struktur des das Geburtshindernis bedingenden Tumors vollständigen Aufschluss zu erhalten, doch war mir schließlich neben dem allgemeinen geburtshilflichen Interesse des Falles die Nothwendigkeit, bei der Prüfung der neueren Kaiserschnittmethoden auch die unglücklich verlaufenden Fälle nicht zu verschweigen und nicht zum wenigsten der Umstand maßgebend, dass trotz des letalen Ausganges das Sänger-Leopold'sche Verfahren sich in Bezug auf technische Ausführung und Abschluss des Uterus als durchführbar bewährt hat.

---

1) **W. A. Freund.** Gynäkologische Klinik. Bd. I.

Straßburg, **Karl J. Trübner,** 1885.

Unter obigem Titel liegt der erste Band eines auf drei Bände berechneten Werkes vor. Der Herausgeber hat sich in dem projektirten Werke die Aufgabe gestellt, die wichtigsten Kapitel der Gynäkologie und Geburtshilfe in monographischer Form — theils von ihm selbst, theils von seinen Assistenten und Schülern bearbeitet — zu behandeln. Im vorliegenden Bande sind es Gegenstände der klinisch-gynäkologischen Propädeutik, welche besprochen werden, die nächstfolgenden Bände werden der Pathologie und Therapie gewidmet sein. Wenn sich der Herausgeber in der Vorrede vertheidigen zu müssen glaubt, dass die von ihm bearbeiteten Themata abseits vom Leben des Tagesmarktes zu liegen scheinen, so thut er dies mit Unrecht; in einer Zeit, wo die operative Thätigkeit den Tagesmarkt beherrscht, müssen wir eine vom physiologischen Standpunkte aus unternommene Besprechung der wichtigsten Fragen unserer Disciplin nur mit Freuden begrüßen. Die Fülle der Themata, welche nach dem gegenwärtigen Stande unseres Erkennens vom physiologischen Standpunkte aus behandelt werden müssten, beweist, wie sehr ein solches Hinübergreifen über die Alltäglichkeit noth thut.

Dem Werke ist ein Atlas mit 38 Tafeln beigegeben; die Aus-

führung der in demselben gebotenen Abbildungen gehört zu dem Besten, was unsere gegenwärtige Litteratur in dieser Richtung besitzt.

Der Inhalt des vorliegenden Bandes ist so reich, die einzelnen Monographien so umfangreich und interessant, dass jede derselben einzeln besprochen werden muss. **Stumpf** (München).

---

2) **W. A. Freund.** Über das sog. kyphotische Becken nebst Untersuchungen über die Statik und Mechanik des Beckens.

(Gynäkologische Klinik Bd. I. p. 1.)

Die Gestaltung des kyphotischen Beckens wurde bekanntlich bisher als Folge der Belastung durch die primär deformirte Wirbelsäule erklärt, deren abnorme Funktion auch die Missstaltung des Kreuzbeines und damit des gesammten Beckens bewirke. Auf Grund klinischer Beobachtung und anatomischer Untersuchung einer Reihe hochinteressanter Fälle, welche ausführlich erzählt werden, kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die Deformität des Beckens eine angeborene sei und von der veränderten Funktion der missstalteten Wirbelsäule durchaus nicht abhänge, sondern umgekehrt als primär vorhandenes Moment die Missstaltung der Wirbelsäule sekundär im Gefolge habe. Die kongenitale Missstaltung des Beckens, welche in späteren Jahren zur Kyphose führt, wird von Verf. definirt als ein Stehenbleiben auf infantiler Entwicklungsstufe. Von den 6 aufgeführten Fällen kann als schlagender Beweis für die Richtigkeit der Anschauung des Verf.s der fünfte angeführt werden, in welchem die charakteristische Gestaltung des kyphotischen Beckens an einem achtmonatlichen Fötus nachgewiesen wird, also als zu einer Zeit entstanden, wo von einer Belastung des Beckens durch die Rumpflast noch nicht die Rede sein kann.

Die Besprechung der Entstehung des kyphotischen Beckens führt den Verf. zu einer höchst ingeniösen Darstellung der Statik und Mechanik des Beckens und der Entwicklung der Gestalt des normalen Beckens der Erwachsenen. Zunächst zerlegt Verf. das Becken in einen Steh- und in einen Sitzapparat; die Grenze zwischen Steh- und Sitzapparat bildet eine Linie, welche unterhalb der Linea arcuata und annähernd parallel mit dieser von der Articulatio sacro-iliaca ausgehend das Seitenbeckenbein durchschneidet, durch das Foramen obturatorium verläuft und die Symphyse etwas unterhalb ihrer Mitte erreicht. Diese Linie ist nicht etwa eine rein konstruirte, sondern sie ist durch die feinere Architektur des Knochens gegeben und wird vom Verf. an einer Reihe höchst instruktiver Durchschnitte demonstrirt. Die Rumpflast wird nun auf das Kreuzbein nicht, wie man bisher annahm, vom Körper des letzten Lendenwirbels auf den Körper des ersten Kreuzbeinwirbels übertragen, sondern sie ruht

vorzugsweise auf den gelenkigen Seitentheilen und nur bei starkem Vornüberbeugen des Rumpfes auf den Wirbelkörpern; bei aufrechtem Stehen sind die sacralen Gelenkflächen des Lumbosacralgelenkes und die eine Fortsetzung der Gelenkfläche des sacralen Processus obliquus darstellenden sekundären Gelenkflächen die Aufnahmepunkte der Rumpflast. Gestützt wird diese Anschauung durch Anführung von Fällen, in welchen die Wirbelkörper durch Caries oder Tuberkulose zerstört waren und doch der Rumpf intra vitam auffallend gestreckt gehalten wurde und eine Beugung des Rumpfes unmöglich war. Die Abgabe der Rumpflast erfolgt beim Sitzen vorzugsweise durch die Sitzhöcker auf die Sitzunterlage, beim Stehen durch die Pfannendächer auf die Oberschenkel.

Beim aufrechten (militärischen) Stehen müssen die Aufnahmepunkte der Rumpflast — die sakralen Gelenkfortsätze — nahe über den Pfannendächern zu liegen kommen. Beim infantilen Becken liegen aber die sakralen Gelenkfortsätze weit hinter der Verbindungslinie der Pfannendächer, die Beckenneigung ist eine sehr geringe und die Wirbelsäule setzt sich in einem weiten, flach nach hinten gewölbten Bogen an. Das infantile Becken ist also zum Tragen des Rumpfes in aufrechter Stellung nicht geeignet und muss während des Wachsthums gewisse Veränderungen in der Gestaltung erfahren, um der Funktion des Tragens der Rumpflast in aufrechter Stellung gerecht zu werden. Diese Veränderungen in der Gestaltung und Stellung des Beckens bestehen darin, dass sich das Becken von der Wirbelsäule unter Bildung des Promontoriumwinkels abknickt, die Wirbelsäule sich S-förmig krümmt und der obere Theil des Kreuzbeins nach vorn geschoben wird, so dass auch die ohrförmige Fläche sich nach vorn neigt und die Beckenneigung eine größere wird. Tritt die normale Entwicklung dieser Veränderungen am Becken nicht ein, bleibt also das Becken infantil, so krümmt sich die Wirbelsäule mehr nach hinten, die Lumbosakraleinsattelung wird flach und der Körper wird mehr vornüber gehalten. In höheren Graden dieser Entwicklungshemmung kommt es zur Ausbildung einer bogenförmigen Kyphose der Brust- und Lendenwirbelsäule und bei mit Dyskrasien behafteten Individuen zu specifischer Erkrankung der durch die Kyphose übermäßig belasteten Wirbelkörper, welche statt der gelenkigen Seitentheile die Rumpflast zu tragen haben und zur Entwicklung eines Gibbus. Als primärer Sitz der Skelettmissstaltung ist demnach das Becken anzusprechen und erst die Deformität des Beckens zieht die Missstaltung der Wirbelsäule sekundär nach sich.

In gleicher Weise wie das Verharren des Beckens auf seiner infantilen Gestaltung können andere kongenitale Momente zur Kyphose führen, so die Umbildung des letzten Lendenwirbels oder des ersten Kreuzwirbels zum lumbosakralen Übergangswirbel und außerdem der angeborene tiefe Sitz einer normalen oder einer Hufeisenniere; das letztere Moment ist jedoch nur dann von Einfluss auf die Ausbildung der Skelettdeformität, wenn die verlagerte Niere direkt

das Promontorium bedeckt und ihre Gefäße aus den Beckengefäßen bezieht.

Die vorliegende Arbeit enthält so viele höchst interessante Einzelheiten über die Statik des Beckens und besonders über den feineren Aufbau der Beckenknochen, dass in einem gedrängten Referate nur die Hauptzüge der Erörterungen des Verf.s berührt werden können. Bezüglich der Details muss auf das Original verwiesen werden, dessen Lektüre nicht nur für den Gynäkologen, sondern für jeden Arzt, besonders für den Chirurgen und Orthopäden von dem größten Interesse ist. **Stumpf** (München).

---

### 3) **N. Charles** (Lüttich). Die puerperale Septikämie.

(Journ. d'accouch. 1885. No. 11.)

Der vorliegende Artikel bildet den Beschluss des vom Ref. bereits in No. 43 1885 dieses Blattes besprochenen Aufsatzes desselben Verf.s. Er betont hier noch einmal im Allgemeinen, wie er es schon im Speciellen gethan hat, die Nothwendigkeit einer streng durchgeführten Antisepsis in der Geburtshilfe. Von besonderem Interesse sind statistische Angaben über die günstige Beeinflussung der Mortalitäts- und Morbiditätsverhältnisse in der Lütticher Maternité durch Einführung des Sublimats als ausschließliches Antisepticum. Im Jahre 1882 starben dort von 290 Wöchnerinnen 3 an Septikämie, 1883 von 337 vier, 1884 vom 1. Januar bis 15. Mai 4 von 124! Von letzterem Datum an wurde Sublimat in Gebrauch genommen. Bis zum 14. Mai h. a. ist nun von 346 Wöchnerinnen keine einzige an Septikämie gestorben. Während vom 1. Januar bis zum 14. Mai 1884 außer den 4 verstorbenen Frauen noch 7 andere septisch erkrankten, erkrankten vom 15. Mai bis 31. December desselben Jahres bei Sublimatbehandlung im Ganzen nur 8, davon 4 sehr leicht und keine starb, wie schon erwähnt.

Aus den angeführten Zahlen ergiebt sich bei Karboldesinfektion eine Morbidität von 8,87% und eine Mortalität von 3,22%, während bei Sublimatdesinfektion die Morbidität nur 3,54%, die Mortalität 0% beträgt. Berücksichtigt man ferner noch, dass trotz der nach Ansicht des Ref. übertriebenen Anwendung des Sublimats in der Lütticher Maternité (cf. 1885 No. 43. p. 683) nur 3 Fälle leichter Stomatitis mercur. vorgekommen sind und dass seit Einführung dieses Desinficiens die Blenorrhoea neonatorum von 13 auf $4^3/_4$% gesunken ist, so werden selbst die Gegner des Sublimats zugeben müssen, dass dasselbe dem Karbol als geburtshilfliches Antisepticum vorzuziehen ist.

**Graefe** (Halle a/S.).

---

# Kasuistik.

## 4) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 8. Januar 1886.

Vorsitzender: Herr Schröder, Schriftführer: A. Martin.

I. Herr Bokelmann demonstrirt ein multiples Myom des Uterus, welches von Herrn Geh.-Rath Schröder durch Laparotomie exstirpirt wurde. Der größte der Tumoren von Doppelkindskopfgröße ist mit dem Fundus uteri durch einen 5 cm langen, kaum bleistiftdicken, mehrmals um seine Längsachse gedrehten Stiel verbunden. An der vorderen oberen Fläche des soliden glatten Tumors fanden sich gefäßreiche breite Netzadhäsionen, die unterbunden und durchtrennt wurden. Der vergrößerte Uteruskörper zeigt in seiner vorderen Wand ein kleinfaustgroßes Myom, welches die Excavatio vesico-uterina ausfüllte, in seiner hinteren Wand ein kleineres Myom, unterhalb desselben einen zweiten, doppelhühnereigroßen, gestielt mit dem Uterus verbundenen Tumor, welcher aus der Tiefe des Douglas enukleirt werden musste. Endlich findet sich an der rechten Uteruskante unmittelbar hinter dem uterinen Tubenende ein Myom von gleicher Größe, unregelmäßiger Oberfläche, dessen dünner etwa 2 cm langer Stiel unmittelbar hinter dem uterinen Ende der rechten Tube sich inserirt. Die Adnexa sind beiderseits frei beweglich und zeigen keine Veränderungen.

b) Herr E. Cohn demonstrirt eine Placenta, welche von einer IIpara stammt, die ihrer Rechnung nach 4 Wochen zu früh niederkam (Knabe, Länge 45 cm, Gewicht 2000 g). Es handelt sich um eine hochgradige Placenta marginata mit sehr verdickter Decid. serot., ganz kolossalen entzündlichen Massen an der Umschlagstelle der Eihäute. Ferner befindet sich auf der fötalen Fläche, unter dem Amnion eine dicke entzündliche gelbe Platte, mit welcher der Nabelstrang eigenthümliche Verbindungen eingegangen ist. Derselbe inserirt sich nahezu central, dringt hier tief in die Masse der Placenta ein, ohne dass Verzweigungen der Gefäße zu sehen sind. Von der Insertionsstelle läuft die prall gefüllte Vene neben den dünnen leeren Arterien, fest der Fläche adhärent, zum Rande, wo sich eine Knickung der Vene befindet, von welcher sie absolut leer sich erhebt, um weiter zu verlaufen. Hier gehen mehrere Arterien in die Tiefe. Um das Präparat nicht zu zerstören, ist der Verlauf noch nicht näher untersucht worden.

Die Decid. reflexa und vera ebenfalls stark verdickt.

Wahrscheinlich ist die zu frühe Niederkunft durch die hochgradigen Erscheinungen von Endometritis decidua bedingt, welche auch die Anomalien im Verlaufe des Nabelstrangs verursacht hat.

II. Diskussion über den Vortrag A. Martin: Über Prolapsoperationen.

Herr M. Hofmeier. In Betreff der Operationsmethode sah H. in Bezug auf die Dammplastik bei der Simon-Hegar'schen Methode sehr gute plastische Effekte; weniger befriedigend in Bezug auf die Verengerung des oberen Theiles der Scheide, die nach der Martin'schen Methode wohl vollkommen zu erreichen ist. H. sah kürzlich einen vor 3 Jahren von Martin operirten Fall, der in dieser Beziehung vorzügliche plastische Verhältnisse bot. Die von Martin erwähnten etwaigen Nachtheile der fortlaufenden Katgutnaht, besonders die eventuell häufigen Nachblutungen sah H. nicht; die Resultate blieben andauernd die gleich guten, wie er sie in einem früheren Vortrag bereits darstellte. In Bezug auf die Recidive glaubt H. wesentlich prognostisch dahin unterscheiden zu müssen, mit welchen Formen von Prolaps wir es zu thun haben, ob (nach der Hegar'schen Eintheilung) mehr mit Prolapsen in Folge von Insufficienz der Bauchfellbefestigungen, oder des sog. Schlussapparates. Die letzteren lieferten entschieden die bessere Prognose, während wir uns bei den ersteren häufig damit begnügen müssen, Verhältnisse zu schaffen, in denen wir nach Herstellung eines festen Dammes mit einfachen Pessarien auskommen.

Herr Veit hatte ebenfalls Gelegenheit, Fälle zu sehen, welche vordem von Herrn Martin der Prolapsoperation unterzogen worden waren. Er muss die gün-

stige Retention zugeben. Bezüglich komplicirender fieberhafter Reaktion hält er eine Öffnung der Suturen für rathsam, obgleich er die Schwierigkeiten nicht verkennt, welche aus der verschiedenartigen Ätiologie dieser Fieberbewegung entsteht. In einem Fall seiner Beobachtung fiel eine Temperatursteigerung, als er eben im Begriff stand, die Wunde zu öffnen, beim Eintritt der Menstruation.

Herr Stratz hatte Gelegenheit, in der Zeit vom 1. April bis 1. Oktober 1885 die Nachbehandlung von 40 Kolporrhaphien zu beobachten, welche von Herrn Schröder, Herrn Hofmeier und von ihm selbst in der in der Klinik üblichen Weise operirt worden waren.

Der Verlauf war bei 33 Fällen ein fieberloser, in 7 Fällen stieg die Temperatur bis 38,7, zweimal sogar bis 39,5; Nachblutungen kamen zweimal vor; beide Male am 8. Tage, und zwar jedes Mal bei schon vorausgegangener Temperatursteigerung, so dass S. glaubt, dieselben mit dem nicht ganz reinen Verlauf in Zusammenhang bringen zu müssen.

Die vorläufigen Resultate waren alle gute, nur ein einziger Fall wurde mit einer kleinen Scheidendammfistel entlassen, welche aus einem abscedirenden Stichkanal sich entwickelte.

S. meint, dass speciell seine eigenen Resultate 20 vollständige und nur eine unvollständige Heilung für den Werth der Technik beweiskräftig sind, weil er sie an diesen Fällen erst erlernen musste.

Über die definitiven Resultate kann jetzt noch nichts bekannt sein.

A. Martin hebt in Erwiederung der eben gehörten Bemerkungen hervor, dass bei seinem Verfahren durch die Vornahme der Operation am Uterus, an der vorderen und an der hinteren Scheidenwand, resp. Damm durchgehends eine derartige Rekonstruktion der Verhältnisse im Beckenboden erreicht wird, um späterhin den Gebrauch von Pessaren überflüssig zu machen. In den Fällen von gänzlicher Haltlosigkeit des Uterus, bei alten Personen, hat er, wie schon berichtet, 3mal die vaginale Exstirpation des ohnehin erkrankten Uterus der Prolapsoperation vorausgeschickt. Durch diese Rekonstruktion des Beckenbodens ist A. Martin bis jetzt auch über den Wunsch einer anderweiten Befestigung des Uterus, etwa wie durch die Alexander'sche Operation, hinweggehoben worden.

III. Über den Vortrag von Herrn Winter: »Über die zeitliche Trennung von Wendung und Extraktion« wird zur Zeit eine Diskussion nicht beliebt.

IV. Herr M. Hofmeier: Über die definitive Heilbarkeit des Cervixcarcinom durch die operative Behandlung.

Durch die vor Kurzem in der Gesellschaft stattgehabte Debatte über Carcinomoperationen wurde H. veranlasst, durch erneute und bis jetzt fortgeführte Nachforschungen die vor 2 Jahren von ihm zusammengestellte Tabelle zu vervollständigen, da eine exakte Beantwortung der einschlägigen Fragen nur durch eine möglichst genaue Feststellung der erreichten Endresultate möglich ist. Abweichend von den meisten derartigen statistischen Zusammenstellungen stellte H. die für einen gewissen Zeitraum konstatirten Heilungen in ein Verhältnis zu den bis zu demselben Zeitpunkt ausgeführten Operationen und zwar mit Ausschluss der gleich nach der Operation Verstorbenen und derer, die sich der weiteren Nachforschung entzogen, weil bei ihnen über die eventuelle Heilung des Carcinom natürlich nichts bekannt ist. Es wurden die Operationen vom 1. Oktober 1878 bis 1. Januar 1885 benutzt, im Ganzen 145, von denen 20 den letalen Ausgang im Gefolge hatten (105 partielle, 40 Totalexstirpationen). Von 117 Operirten gelang es durch die ausgedehntesten Nachforschungen authentische Nachrichten, auch über die eventuell spätere Todesursache zu erhalten; 8 blieben unauffindbar resp. waren in Folge des interkurrenten Todes nicht weiter verwerthbar.

Das weitere Geschick dieser 117 Operirten erläutert folgende Tabelle, in der die an interkurrenten Krankheiten Gestorbenen oder der weiteren Kenntnis Entzogenen als unverwerthbar ausgeschaltet sind.

| Operation vor | | Summa | Recidive | Heilungen |
|---|---|---|---|---|
| 1 Jahr | partielle Exstirpationen | 88 | 43 | 45 = 51 % |
| | totale » | 29 | 15 | 14 = 48 % |
| | Summa | 117 | 58 | 59 = 50 % |
| 2 Jahren | partielle Exstirpationen | 68 | 37 | 31 = 46,0% |
| | totale » | 25 | 19 | 6 = 24 % |
| | Summa | 93 | 56 | 37 = 40,2% |
| 3 Jahren | partielle Exstirpationen | 49 | 26 | 23 = 47 % |
| | totale » | 14 | 12 | 2 = 14,5% |
| | Summa | 63 | 38 | 25 = 40,0% |
| 4 Jahren | partielle Exstirpationen | 29 | 18 | 11 = 38 % |
| 5 » | » » | 17 | 11 | 6 = 35 % |

Die Procentzahl der Heilungen sinkt also von 51% nach dem ersten Jahr bis auf 40% nach dem dritten Jahr, was wesentlich auf Rechnung der Totalexstirpationen zu schieben ist, deren Heilungsprocentzahl von 50 auf 14,5% sinkt. Für die noch früheren Jahre kommt dieselbe nicht mit in Betracht, da hier die Zahlen zu klein werden. Die Procentzahl der Heilungen sinkt erst im 4. und 5. Jahre beträchtlich, nicht etwa wegen der größeren Zahl der Spätrecidive, sondern weil in diesen Jahren die Indikationen der Operation ausgedehnter gestellt wurden. Aus den so sehr viel ungünstigeren Resultaten der Totalexstirpation folgt, dass die Form des Carcinom, bei dem dieselbe in Anwendung kam, an und für sich schlechtere Chancen bietet, wahrscheinlich desshalb, weil sie verhältnismäßig spät zur Kenntnis kommt. Vergleicht man aber die Resultate der operativen Behandlung des Cervixcarcinom überhaupt mit den von Chirurgen für andere Carcinome festgestellten Procentzahlen, so erhellt, dass sie mit zu den besten überhaupt zählen. Nach Winiwarter blieben von 448 Operationsfällen der Billroth'schen Klinik 104 oder 23% recidivfrei nach Abrechnung der Todesfälle; beste Prognose: die Gesichtskrebse mit 40% Heilungen. Die beste Prognose nach der Rose'schen Statistik boten die Lippencarcinome mit 29% Heilungen (auf die Gesammtzahl bezüglich). Von Kocher's Operirten blieben 26% gesund, von Volkmann's 121 wegen Mammacarcinom Operirten 15,7%. Nach den Zusammenstellungen von Partsch aus der Fischer'schen Klinik boten die Lippencarcinome mit 34% die bei Weitem beste Prognose.

Da die Procentzahl der Heilungen bei den Portiocarcinomen (supravaginale Amputation) der bis vor 1, 2 und 3 Jahren Operirten etwa die gleiche im Verhältnis zur Gesammtzahl geblieben ist (etwa 45%) so kann man folgern, dass etwa die Hälfte der für die Operation überhaupt geeignet erscheinenden Fälle auch durch dieselbe definitiv geheilt wird.

Lokale Recidive später wie ein Jahr sind, wie eine genaue Durchsicht der Fälle ergiebt, bei Cancroiden der Portio selten und dann stets im Beckenbindegewebe. Fünf Fälle von Spätrecidiven (3—4 Jahre nach der Operation) kamen zur Beobachtung; zwei, durch Sektionen bestätigt, bei vollkommen gesundem Uterus; auch in den drei übrigen Fällen klinisch der Uterus gesund bei Carcinomknoten im Beckenbindegewebe. Lokale Recidive nur in 4 von 45 Fällen später wie ein Jahr; auch hier war der Befund vor Ablauf eines Jahres schon verdächtig und Infiltration des Bindegewebes vorhanden. Bietet sich also 1 Jahr nach der Operation noch ein ganz normaler Befund, so scheint ein lokales Recidiv ausgeschlossen. Nur 2mal erschien das lokale Recidiv so auf den Uterus beschränkt, dass eine

Totalexstirpation indicirt erschien. In dem einen Fall starb leider die Pat., in dem anderen fand die Operation erst vor 4 Monaten statt.

Herr Veit fragt an, ob in der Statistik die Fälle von Ferrum candens-Applikation getrennt seien, was der Herr Vortr. verneint.

A. Martin giebt zunächst seiner Bewunderung Ausdruck über die mühselige und doch so erfolgreiche Durchführung der Recherchen nach den alten in der Statistik verwandten Fällen. Sodann fragt er an, ob bei diesen Pat. nach der hohen Excision und eventuellen Kauterisation nicht ähnlich wie in den bekannten Beobachtungen von C. Braun und Spiegelberg Verschluss des Cervikalkanales resp. Hämatometrabildung vorgekommen sei. Endlich fragt er nach dem eventuellen Zustandekommen von Konception in dem Stumpf des Corpus nach der hohen Excision des Collum.

Herr Hofmeier hat in keinem Falle Hämatometrabildung resultiren gesehen, eine Frau klagte über Dysmenorrhoe in Folge stark narbiger Verengerung des Cervix. Schwangerschaft nach der Carcinomoperation ist nicht unter seinen Fällen beobachtet, wie ja derartige Fälle überaus selten sind.

Unter allen Formen ist Herrn Hofmeier der carcinomatöse Knoten im Collum als der bösartigste erschienen, schlimmer noch als das Drüsencarcinom.

Herr Schröder wünscht, dass man so scharf als möglich das Cancroid der Vaginalportion trenne von den anderen Uteruskrebsformen. Nach diesen Zusammenstellungen erscheine dieses Cancroid noch weniger schlimm, als man vordem annahm.

Bezüglich der von dem Herrn Vortr. gemachten Zusammenstellung ist zu betonen, dass darin alle, auch die ersten, Fälle aufgeführt sind. Das Resultat würde für die hohe Excision noch günstiger erscheinen, wenn man nur die Fälle der letzten 3 Jahre etwa in Betracht söge. Andererseits sei es wohl erklärlich, dass das Resultat seiner Totalexstirpationen relativ weniger günstig erscheine, z. B. gegenüber den Fällen von A. Martin, denn er führe diese Operation ja nur bei den ungünstigsten Fällen aus. Das Cancroid ist ein lokales Übel; die Recidivfähigkeit wächst nur im Verhältnis der höher oben im Uterus liegenden Lokalisation.

---

## 5) Aus englischen Gesellschaften.

### Obstetrical society of London.

(Lancet 1885. Juni 27. — Med. times 1885. Juni 27.)

J. Williams spricht über seröse Perimetritis an der Hand dreier Fälle; ein Obduktionsbefund. Die Entzündung breitet sich vom Uterus aus und beginnt am Peritoneum in der Umgebung der Ovarien, breitet sich am Beckenrande aus, heftet die Intestina an den Fundus uteri und verwandelt die Beckenhöhle in einen geschlossenen Sack. In diesen Sack hinein ergießt sich seröse Flüssigkeit, die den Uterus nach vorn und oben treibt und die hintere Wand der Vagina unter Umständen aus der Vulva verdrängt. In den oberen Theilen, wo adhäsive Peritonitis besteht, kommt es zur Coagulation und starker Verdickung.

Knowsley Thornton sah 2 Fälle; ein Fall heilte nach Punktion und Drainage, der andere starb ohne Lokalbehandlung; keine Autopsie; er macht auf den Zusammenhang mit Geburt und Abort aufmerksam. Die Flüssigkeit ist meist nicht septisch, septisches Verhalten führt den Tod herbei. Große entzündungserregende Wirkung wird der Flüssigkeit zugesprochen. Er empfiehlt ausgiebige Eröffnung und Auswaschung der Höhle.

Dr. Gervis bestreitet die Ansicht William's, dass der Uterus erst nach vorn und oben getrieben wird, nachdem sich Adhäsionen gebildet haben; er sah die Dislocirung des Uterus unmittelbar nach dem Erguss der Flüssigkeit eintreten.

Mr. Doran stimmt W. bei, dass sich die Entzündung vom Uterus aus fortpflanze und zwar auf dem Wege der Tuben, unter Umständen könne man die Sonde von der Uterushöhle aus durch die Tuben in das Cavum peritonei führen. Die

Seltenheit der Erkrankungsform führt er zurück auf die Seltenheit der veranlassenden Momente: Offenstehen der Tuben, besondere Art der Serum producirenden Entzündung und Bildung eines geschlossenen Raumes durch Adhäsionen.

Graily Hewitt betont die Ähnlichkeit zwischen seröser Perimetritis und Parametritis. Sitz entscheidend. Unterscheidung von Hämatocele sei schwer.

Dr. Godson weist auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen seröser Perimetritis und Hämatocele hin.

Dr. Duncan sah nicht die von Williams erwähnte Eindickung; in seinen Fällen floss die Flüssigkeit wie aus einem perimetritischen Abscess ab.

Dr. Cleveland betont zur Fixirung der Differentialdiagnose besonders den Gebrauch des Thermometers.

Dr. Griffith betont die Häufigkeit der Erkrankung analog den serösen Ergüssen der anderen serösen Häute. Perforation nach Blase, Rectum, Vagina seien nicht selten.

Dr. Galabin warnt vor der Aspiration und empfiehlt die freie Incision und Drainirung mit nachherigen Jodeinspritzungen.

Dr. Champneys macht darauf aufmerksam, dass in der Starre der Wände, die nach Incisionen sich nicht zusammenlegen können, eine große Gefahr liege. Er empfiehlt die Anwendung von Jodoform. Ohne Punktion sei die Differentialdiagnose sehr oft unmöglich.

In der Entgegnung sagt Williams, es überrasche ihn zu hören von so vielen Beobachtungen auf diesem Gebiete. Die Frage Duncan's, ob nicht das Coaguliren des Serums eine postmortale Erscheinung sei, verneint er.

Mr. Walter Griffith zeigt ein sehr interessantes Exemplar eines pseudoosteomalakischen Beckens. **Düvelius** (Berlin).

### 6) **Martinetti** (Florenz). Ignipunktur bei Metritis colli.

(Gazz. delle cliniche 1885. August. No. 5.)

Auf der Chiara'schen Klinik wird diese Operation sehr oft vorgenommen. Nach Anlegung irgend eines Speculums und Fixirung der vorderen Lippe durch ein Häkchen, wird die Punktur gewöhnlich mit der Paquelin'schen Nadel vorgenommen. 8 bis 12 Stiche und nicht mehr als 2 Sitzungen in 3wöchentlichen Intervallen genügen gewöhnlich zur vollkommenen Heilung. Nach jeder Sitzung hütet die Kranke 3—6 Tage das Bett. (Die Vortheile dieser Methode gegenüber der Amputatio colli sind dem Ref. nicht einleuchtend.) **Liebman** (Triest).

### 7) **Minati** (Pisa). Geburtshilfliches Speculum.

(Annali univ. di med. e chir. 1885. Mai.)

Neun Holzrinnen, den Faßdauben nicht unähnlich, werden derart zusammengefügt, dass sie einen großen Cylinder bilden. Die Rinnen werden einzeln eingeführt und herausgenommen. Besondere Vorrichtungen dienen dazu, das Speculum zu fixiren, zu halten, die Rinnen leichter einzuführen etc. Dieses Speculum soll sowohl zu diagnostischen als zu therapeutischen Zwecken dienen, besonders als Dilatationsinstrument und zum Schutze der mütterlichen Weichtheile bei Extraktion von Knochensplittern etc. **Liebman** (Triest).

### 8) **Tibone** (Turin). Bericht.

(Gazz. delle cliniche 1885. August. No. 8.)

**Auf der Klinik für Ärzte kamen im Schuljahre 1884—1885 223 Geburten (davon 41 künstliche) und 10 Fehlgeburten vor. Es starben 4 Frauen (Variola, Urämie, Hirnblutung nach Eklampsie, Tuberkulose). Eklampsie kam 2mal, Placenta praevia 3mal vor. Die künstliche Frühgeburt wurde 10mal eingeleitet, die Manualextraktion 7mal, die Wendung 4mal ausgeführt. Die Zange wurde im Beckenausgange 1mal, in der Beckenhöhle 5mal, im Beckeneingange 5mal angelegt. Perforation 5mal. Porro'scher Kaiserschnitt 1mal mit glücklichem Ausgange für Mutter und Kind. An leichteren septischen Processen erkrankten 8 Frauen, die alle genasen.**

Auf der Hebammenklinik kamen 155 (10 künstliche) Geburten und 1 Abortus vor. Es starben 2 Frauen an Sepsis, nach normalen Entbindungen. Außerdem kamen 4mal leichtere septische Erkrankungen vor. Eklampsie 1mal, die Zange wurde im Beckenausgange 6mal, in der Beckenhöhle 5mal, im Eingange 3mal angelegt. **Liebman** (Triest).

9) **Harry Thompson.** Ovariotomy in Rome.

(Lancet 1885. Juni 20.)

T. berichtet über eine Ovariotomie, die er in Rom ausführte, bei einer 27jährigen Frau, die er zwei Jahre zuvor mit einem orangegroßen Tumor behaftet gesehen hatte. Der Tumor wuchs schnell und machte eine Punktion nöthig. Darauf trat relatives Wohlbefinden ein und die Frau koncipirte. Aus Furcht vor einer Ruptur beim Weiterwachsen des Uterus wurde Abort im 5. Monat eingeleitet. Später steigerten sich die Beschwerden von Seiten des Tumors erheblich und nun wurde zur Operation geschritten. Starke Blutung aus den zahlreichen Verwachsungen, die viele Ligaturen nothwendig machten. Erguss von Cystenflüssigkeit in die Bauchhöhle. Pat. genas. Verf. weist darauf hin, dass die Kranke unter strikter Antisepsis den Erguss von Cystenflüssigkeit in die Bauchhöhle und die vielen Ligaturen so gut vertrug. **Düvelius** (Berlin).

10) Kensington Infirmary. A case of ovariotomy. Recovery.

(Lancet 1885. Juni 20.)

Mr. Potter entfernte eine große parovariale rechtsseitige Cyste, aus der früher mit Potain ein Liter einer klaren Flüssigkeit aspirirt worden war. Vierzehn Tage nach der Operation verließ Pat. das Bett. Verf. macht einige Bemerkungen zur Punktion von Ovarialcysten, indem er sich gegen die gebräuchlichen Punktionsinstrumente wendet und sie als zu groß bezeichnet. **Düvelius** (Berlin).

11) **Paoli** (Turin). Nephroraphie wegen Wanderniere.

(Gazz. delle cliniche 1885. Oktober. No. 14 u. 15.)

Die 30jährige Kranke mit rechtsseitiger Wanderniere, hat viel an Darmkatarrh gelitten, ist sehr herabgekommen und hat einen großen Hängebauch (Geburten vorausgegangen? wie viel? Ref.). Die Beschwerden, die sehr groß sind, traten plötzlich vor 7 Monaten, nach einer Anstrengung, auf.

Operation nach Hahn; die letzte Rippe wurde isolirt und getrennt, die Intercostalmuskeln wurden auch gespalten; die Niere durch Katgut (12 Suturen) fixirt, auch die Rippe wurde mittels Katgut wieder genäht. Drainage. Heilung.

**Liebman** (Triest).

12) **A. Droiahl.** Behandlung des Vaginismus.

(Journ. d'accouch. 1885. No. 10.)

D. erwähnt, dass vor Kurzem im »Moniteur thérapeutique« 2 Fälle von Vaginismus mitgetheilt worden sind, bei welchen durch Bepinseln der äußeren Genitalien mit 2%iger Cocainlösung und vaginale Injektion eben derselben Lösung nach Verlauf weniger Minuten ein schmerzloser Coitus ermöglicht wurde. Er selbst behandelte eine an Vaginismus leidende Dame mit vaginalen Injektionen einer Chloral- und Boraxlösung (Borac. 15,0, Chloralhydrat. 3,0, Aq. destill. 250,0) und Waschungen der äußeren Geschlechtstheile mit derselben Lösung. Gleichzeitig ließ er 3mal täglich Bromhydrat (0,006) und Camphor. bromat. (0,06) innerlich nehmen, dabei ein Eisenwasser trinken. Nach 8 Tagen schmerzlose Cohabitation. Baldige Konception. **Graefe** (Halle a/S.).

**Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen** wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 7.** **Sonnabend, den 13. Februar.** **1886.**




## Ein Fall von Laparotomie bei Extra-uterin-Schwangerschaft mit Entfernung des Fruchtsackes und Einleitung des Fufses in die Unterleibshöhle.

Mitgetheilt in der Moskauer physiko-med. Gesellschaft den 17. December 1884

von


**Dr. A. A. Muratow.**


Die Zahl der Laparotomien bei Extra-uterin-Schwangerschaft mit vollständiger Entfernung des Fruchtsackes ist, nach den mir zugänglichen Quellen der Litteratur, eine ziemlich beschränkte. Der Erste, von dem diese Operation ausgeführt wurde, war C. Litzmann [1], er versenkte den Stiel des Fruchtsackes, nachdem er ihn vorher mit Katgut unterbunden hatte, in die Peritonealhöhle. Hierher gehören ferner 2 Fälle von F. W. Kusnezew [2], der in beiden Fällen den Stiel

[1] C. Litzmann, Gastrotomie bei Tubenschwangerschaft, neun Monate nach dem Tode der ausgetragenen Frucht mit vollständiger Entfernung des Fruchtsackes und glücklichem Ausgange für die Mutter. Archiv für Gynäkologie 1881. Bd. XVIII. Hft. 1. p. 1.

[2] P. W. Kusnezew, Laparotomie bei Extra-uterin-Schwangerschaft. Tagebuch der Kasaner Gesellschaft der Ärzte 1884. No. 3. p. 33—42. No. 4. p. 49—56. No. 5. p. 65—67.

in die Bauchwand vernähte und endlich ist ein Fall von W. W. Sutugin[3] mit Versenkung des Stiels in die Peritonealhöhle operirt. Mein Fall von Laparotomie mag folglich, unter den gegebenen Verhältnissen, d. h. bei vollständiger Entfernung des Fruchtsackes, als der fünfte bezeichnet werden, die dritte Stelle aber kommt ihm unter den Fällen zu, die mit Versenkung des Stieles in die Peritonealhöhle ausgeführt wurden.

Die Seltenheit des Falles ist es eben, die mich veranlasst, über die Krankengeschichte, so wie das anatomische Präparat der Frucht und des Fruchtsackes zu berichten.

Die Kranke, eine Bäuerin, A. A. Laurowa, 31 Jahre alt, ist im Dorfe Mischakow im Gouvernement Moskau geboren, stammt von gesunden Eltern, und hat sich selbst, so weit sie zurückdenken kann, stets einer guten Gesundheit erfreut. Die Menstruation stellte sich bei der Pat. im 18. Lebensjahre ein und war die ersten 7 Jahre des Geschlechtslebens, d. h. bis zum 25. Lebensjahre, vollständig regelmäßig, ohne Schmerzen in vierwöchentlichen Intervallen und von fünftägiger Dauer; in den letzten Jahren aber wurde sie unregelmäßig und war stets von starken Schmerzen begleitet, die besonders kurz vor Beginn der Menses sehr heftig waren. Pat. verheirathete sich in ihrem 19. Lebensjahre, hat 3 rechtzeitige Geburten und einen Abortus (?) gehabt. Die erste Geburt erfolgte 6 Jahre nach der Verheirathung, die letzte (3.) vor $2^1/_2$ Jahren. Der angebliche Abortus soll im Juni 1884 stattgefunden haben. Gestillt hat Pat. selbst.

Wie mir Dr. Jakubowsky, der mir die Kranke übergeben hat, mittheilte, wurde Pat. im Juni 1884 mit den Symptomen einer akuten Peritonitis in das Elisabeth-Krankenhaus (im Dorfe Komarofka) gebracht. Pat. klagte damals über Übelkeit, Erbrechen, über heftige Schmerzen im Unterleibe und über Blutungen aus den Geschlechtstheilen. Außerdem war die Menstruation zwei Monate ausgeblieben und habe sich vor einigen Tagen ein Blutcoagulum aus der Scheide entleert. Was die objektiven Symptome anbetrifft, so wurde damals verzeichnet, dass der Leib sehr empfindlich und aufgetrieben war und dass sich durch die Bauchdecken eine Geschwulst durchfühlen ließ, die beweglich erschien und ungefähr 24 cm im Durchmesser hatte; diese Geschwulst ließ sich nach oben hinauf 4 Finger breit von der vergrößerten Gebärmutter abheben. Herztöne waren im Bereich der Geschwulst nicht zu hören. Die Brustdrüse entleerte bei Druck eine geringe Menge milchähnlicher Flüssigkeit. Bei der inneren Untersuchung erwies sich die Gebärmutter als vergrößert und ihr Kanal so weit geöffnet, dass der Zeigefinger bis in ihre Höhle durchgeführt werden konnte; aus der Höhle der Gebärmutter entleerte sich Blut. Im Scheidengewölbe ließ sich ein parametritisches Exsudat durchfühlen.

Die Kranke wurde im Elisabeth-Krankenhaus zurückbehalten und brachte dort 3 Wochen zu, bis die Erscheinungen der akuten Bauchfellentzündung abgelaufen waren, worauf sie nach Moskau mit der Diagnose Tumor ovarii zur Operation übergeführt wurde.

In Moskau erkrankte Pat. bald nach ihrer Ankunft abermals an einer Parametritis mit einem deutlich durchzufühlenden Exsudat, das jedoch beim Gebrauch von heißen Vaginalduschen bald zur Vertheilung gebracht wurde. Mitte September wurde die Kranke mir übergeben. Bei objektiver Untersuchung fand ich Folgendes: Pat ist von mittlerem Wuchse, gut gebaut und hat einen mittelmäßig entwickelten Panniculus adiposus; die Brustorgane sind gesund, auch kann bei Untersuchung der Milz, Leber und Nieren nichts Pathologisches entdeckt werden. Der Leib schien an Umfang vergrößert zu sein und ließ sich beim Betasten desselben

[3] W. W. Sutugin, Zur Frage über die Art, Ausführung und Indikation der Laparotomie, mit Beschreibung eines Falles von vollständiger Entfernung des Fruchtsackes bei Extra-uterin-Schwangerschaft mit reifer Frucht. Wratsch 1884. No. 25 u. 26.

in der Bauchhöhle, und zwar mehr in der hinteren Hälfte, eine Geschwulst durchfühlen, die eine glatte Oberfläche und fast elastische Konsistenz hatte, nicht fluktuirte und nach rechts und links leicht verschoben werden konnte. Zog man die Geschwulst nach rechts und oben ab, so konnte man in der linken Bauchhälfte einen Strang durchfühlen, der sich aus der Tiefe des linken Beckens, bis an das untere Segment der Geschwulst verfolgen ließ. Beim Perkutiren erhielt man an der Stelle des Leibes, wo sich die Geschwulst befand, einen vollkommen leeren Ton, während oberhalb und seitlich derselbe tympanitisch war. So weit es möglich war, Messungen in der Geschwulst, in zwei verschiedenen Richtungen, von einem Pol zum anderen anzustellen, so erwiesen sich die Entfernungen als gleiche, nämlich 24 cm. Der Umfang des Leibes betrug in einer mehr oder weniger herabtretenden Linie, in der Höhe des Nabels 51 cm. Die Entfernungen zwischen den Spinae ossis ilei und der Geschwulst waren verschieden, wegen der leichten Verschiebbarkeit der letzteren. Eine wiederholt vorgenommene Auskultation gab stets negative Resultate.

Bei innerer gynäkologischer Untersuchung erwies sich die Gebärmutter in nach links retrovertirter Lage; ihr Gewebe war nicht krankhaft afficirt, sie selbst nicht vergrößert, der gut geformte Mutterhals gestattete ein schmerzloses, freies Durchführen der Sonde in die Gebärmutterhöhle bis auf $7^1/_2$ cm. Wurde die Geschwulst durch die Bauchdecken nach oben hin abgezogen und gleichzeitig die Untersuchung per vaginam vorgenommen, so fühlte der untersuchende Finger deutlich einen bandförmigen Strang im linken Scheidengewölbe durch. Außerdem konnte man sich deutlich davon überzeugen, dass Bewegungen, der Geschwulst mitgetheilt, nicht weiter auf die Gebärmutter übertragen werden. Die Konsistenz der Geschwulst erschien bei der Untersuchung durch die Scheide als fest elastisch. Feste Theile ließen sich in der Geschwulst weder bei der Untersuchung durch die Bauchdecken, noch per rectum et vaginam durchfühlen. Endlich muss ich noch hinzufügen, dass bei der Untersuchung per vaginam — nach rechts und etwas nach hinten, ein parametritisches Exsudat konstatirt werden konnte.

Was die Zeit der Entstehung der Geschwulst anbetrifft, so konnte man aus den Aussagen der Kranken, die sich nicht durch besondere Genauigkeit auszeichnen, nur entnehmen, dass sie bald nach der letzten Geburt (vor $2^1/_2$ Jahren) eine Geschwulst im Unterleibe bemerkt, die sich allmählich vergrößert hat; außerdem seien im Leibe von Zeit zu Zeit heftige Schmerzen aufgetreten.

Auf Grundlage des durch wiederholte Untersuchungen konstatirten Befundes wurde die Diagnose auf Cystoma ovarii sin. gestellt.

Mit meiner Diagnose und mit der darauf vorgeschlagenen Behandlung: Ovariotomie, stimmten die von mir konsultirten Kollegen J. D. Sarischow, M. J. Druschinin, W. A. Jacubowsky und S. S. Kljatzko vollkommen überein.

Nachdem die Kranke auf bekannte Weise vorbereitet und das Zimmer, in dem sie sich nach der Operation aufhalten sollte, gehörig desinficirt war, schritt ich am 21. Oktober 1884 unter Assistenz der genannten Herren Kollegen Sarischow, Druschinin, Jacubowsky, Kljatzko und A. F. Matweenc, zur Operation. Die Kranke wurde nach der Methode von Claude Bernard chloroformirt. Der Schnitt begann etwas über dem Nabel und erstreckte sich nach unten bis auf 5 cm über den Schambogen, so dass die ganze Länge desselben 17 cm betrug. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentirte sich eine dunkelrothe Geschwulst mit stark gespannten, fest elastischen Wandungen. Indem ich das Verhalten der Geschwulst zu den Nachbarorganen prüfte, fand ich bandartige Verwachsungen mit der Blase, der Gebärmutter und dem Omentum, die mit dem Finger leicht getrennt werden konnten, ohne Blutung hervorzurufen. Auch nach Entfernung der Verwachsungen konnten durch die prall gespannten Wandungen der Geschwulst keine festen Theile durchgefühlt werden. Die Gebärmutter und die Eierstöcke befanden sich auf der ihnen entsprechenden Stelle. Der Stiel der Geschwulst, der ziemlich breit (etwa 20 cm) und von einer Seite noch dick war, hatte in der That die Richtung des linken breiten Mutterbandes. Hierauf schritt ich mit dem großen Trokar von Spencer Wells zur Entleerung der vermeintlichen

Cyste; zu meiner Verwunderung jedoch konnte derselbe bloß durch die Wand der Cyste, nicht aber in das Innere derselben hineingestoßen werden. Nach Entfernung des Trokars entleerte sich aus der gemachten Öffnung eine unbedeutende Menge übelriechender Flüssigkeit und als ich den Finger in die Öffnung einführte, konnte ich deutlich Kindestheile (Hand) einer Frucht wahrnehmen. Nachdem ich nun, so viel es mir möglich war, die Ränder der Bauchwunde an die Wand der Geschwulst drückte, erweiterte ich die Öffnung im Fruchtsacke und entfernte eine macerirte, ungefähr 7 Monate alte Frucht; hierbei entleerte sich eine bedeutende Menge Fruchtwassers, in dem Stückchen, wie es schien von Vernix caseosa, suspendirt waren. Jetzt durchschnitt ich, nach vorhergegangener Unterbindung, die Nabelschnur und löste auf diese Weise die Frucht. Der Fruchtsack wurde sodann, so weit es thunlich war, angespannt und nach wiederholter, sorgfältiger Inspektion der Stiel in 9 Theile getheilt und mit 9 Katgutligaturen No. 4 unterbunden. Gleichfalls mit Katgut unterbunden wurden die im Stiel vorgefundenen Blutgefäße und der Fruchtsack hierauf 1 cm oberhalb der Ligaturen abgeschnitten. Nachdem ich mich überzeugt, dass eine Blutung aus dem Stiele nicht zu befürchten sei, versenkte ich denselben in die Peritonealhöhle, streute in die Höhle des Peritoneum etwas Jodoform und vernähte die äußere Bauchwunde mit dreifacher Naht. Zuerst vereinigte ich die Wundränder des Bauchfells durch die Schusternaht mit Katgut, worauf die Wunde abermals mit Jodoform bestäubt und eine Reihe tiefer Nähte aus karbolisirter Seide und Draincylindern angelegt wurde; die letzte Reihe bildeten 17 oberflächliche Nähte aus karbolisirter Seide.

Nach Verschluss der Wundränder wurden die Bauchdecken gehörig gesäubert, die Wundflächen nochmals mit Jodoform bestreut und hierauf ein Karbolsäure-Jodoformverband in der Weise angelegt, dass die Lister'sche Jodoformmarle, so wie die Wattekissen durch breite Heftpflasterstreifen befestigt waren, über die sodann ein gewöhnlicher Leinwandverband folgte.

Die Untersuchung des entfernten Fruchtsackes erwies Folgendes: die äußere Oberfläche desselben erschien glatt und waren an mehreren Stellen die Spuren gewesener Verwachsungen mit Nebenorganen erkenntlich; an einer Seite, in der Nähe der Anheftungsstelle der Nachgeburt, bemerkte man außerdem eine so zu sagen abgestumpfte Erhöhung, die ungefähr eine Ausdehnung von $^1/_2$ qcm hatte; ganz dicht vor dieser Erhöhung beginnt ein blind endigender Kanal. Einen bedeutenden Theil der inneren Oberfläche des Fruchtsackes füllte die Nachgeburt aus, die so fest mit ihm verwachsen war, dass makroskopisch unmöglich die Grenzen derselben festgestellt werden konnten; in Folge dieses Umstandes gelang es auch nicht die Form der Nachgeburt zu bestimmen. Ferner bemerkte man an der am meisten sich hervorwölbenden Stelle der Nachgeburt den Ursprung des Nabelstranges. Der übrige Theil der Fruchtsackwandungen erschien dick und fest.

Die mikroskopische Untersuchung des Fruchtsackes wurde von Prof. J. F. Klein ausgeführt. Dieselbe wies in der Fruchtsackwand, an der Stelle, wo sich die Placenta inserirte, Schichten von glatten Muskelfasern nach; von diesen Schichten hatte die äußere eine Längs-, die innere eine Querrichtung, so dass sich dieselben unter einem rechten Winkel kreuzten. In der Nähe der Insertionsstelle der Placenta befand sich an der äußeren Wand des Fruchtsackes ein unebener Höcker (die schon früher erwähnte Erhöhung); in dieser nun wurden kleine Cysten gefunden, deren Wandungen aus Bindegewebe bestanden und deren innere Oberfläche mit Endothel ausgekleidet war. Der Inhalt dieser Cysten bildete eine fettige Substanz und Krystalle von kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk.

Auf Grundlage der mikroskopischen Untersuchung erkannte Prof. Klein in dem vorgelegten Präparate von Extra-uterin-Schwangerschaft den tubaren Charakter derselben an. Die aus dem Fruchtsack entfernte macerirte, männliche Frucht hatte folgende Durchmesser: die Länge vom Kopf bis an die Ferse betrug 35 cm, die Länge der Händchen 14 cm, der Füßchen $14^1/_2$ cm; die Breite der Schultern $10^1/_2$ cm, die der Nates $7^1/_2$ cm; der Umfang des Kopfes 19 cm, der gerade Durchmesser des Kopfes $6^1/_2$ cm, der quere 4 cm; die Länge des Rumpfes 15 cm.

Ich werde die Aufmerksamkeit nicht durch genaue Schilderung der auf die Operation folgenden Heilungsperiode ermüden, sondern will bloß einzelne hervorragende Momente derselben besonders betonen und zu dem Zwecke erlaube ich mir, jene Periode in drei Abschnitte zu theilen.

Der erste Abschnitt charakterisirt sich, mit Ausnahme einer unbedeutenden Temperaturerhöhung, die bald nach der Operation 38,3° betrug, fast durch normalen Verlauf der Temperatur (36,8—38°) und dauerte vom 21. Oktober bis zum 1. November 6 Uhr Abends. Während dieser Zeit wurde die Kranke nur in den ersten 24 Stunden von einem unbedeutenden Erbrechen belästigt, das von leichten Schmerzen im Leibe und in der Umgebung der Wunde begleitet war. Was die Therapie und Nahrungszufuhr in den ersten Tagen anbetrifft, so wurden Pat. während des Erbrechens Eis und Opium, späterhin Kognak, starker Kaffee, kräftige Bouillon, Milch und Thee gereicht. Der Urin wurde in dieser Zeit vermittels des Katheters entleert. Der erste Drang zur Ausleerung erfolgte am 10. Tage (1. Nov.) nach der Operation, die Ausleerung selbst aber am 11. Tage und war von heftigen Schmerzen im Leibe begleitet. Am 11. Tage steigerte sich die Temperatur auf 38° und erreichte um 12 Uhr Nachts die Höhe von 38,6°. Der zweite Abschnitt nimmt den Zeitraum vom 2.—18. November ein. Am 2. November wurde der Verband entfernt; die Wunde war in der Schnittlinie überall per primam intentionem geheilt. Während der ganzen Zeit des zweiten Abschnittes fieberte Pat. und schwankte die Temperatur zwischen 37,6 und 39,7°. Am 3. November manifestirte sich eine Eiterung aus dem zunächst obersten, tiefliegenden Nahtkanale und wurde aus demselben ungefähr ein Esslöffel gutartigen, dickflüssigen Eiters entleert; die Kranke fing an über nicht genau zu fixirende Schmerzen im Unterleibe zu klagen. Bei der Untersuchung am 6. November zeigte sich eine Peri-Parametritis mit Exsudatbildung, die unbewegliche Gebärmutter erschien an den Schambogen fest angedrückt. Eine bedeutende Masse von Exsudat drückte kugelförmig auf die Wand des Mastdarmes, aus dem sich fast beständig eine Menge durchsichtigen Schleimes entleerte. Bei Palpation des Leibes ließ sich das Exsudat oberhalb des Schambogens durchfühlen und reichte nach oben bis auf 2½ Finger breit unter den Nabel. Die übriggebliebenen oberflächlichen Nähte wurden am 6. November entfernt. Am 10. November konsultirte ich Prof. Snegiräw, auf dessen Vorschlag Wärme in Form eines mit heißem Wasser gefüllten Guttapertschasackes, der auf den Unterleib applicirt und heiße Vaginalduschen in Anwendung kamen; zugleich wurde beschlossen, bei sich deutlicher einstellender Fluktuation eine Incision des Abscesses von der Vagina aus zu machen. Bei einer Untersuchung per vaginam am 18. November erwies sich im rechten Scheidengewölbe, in der Höhe des Gebärmutterhalses, deutliche Fluktuation des Abscesses. Nach Eröffnung desselben mit einem gekrümmten Bistourie, das unter Leitung des Fingers eingeführt wurde, entleerte sich aus der Schnittwunde eine gewöhnliche Theetasse dickflüssigen, gutartigen Eiters. Die Höhle des Abscesses wurde mit 1%iger Borsäurelösung ausgespült und hierauf ein karbolisirtes Drainrohr in dieselbe eingeführt. In der Nacht auf den 19. November bekam Pat. heftigen Harndrang und entleerte am nächsten Morgen, zusammen mit dem Harn, eine Menge Eiter aus der Blase. Nach künstlicher und spontaner Eröffnung des Abscesses sank die Temperatur bis auf 36,8° und überschritt seitdem die Grenzen des Normalen nicht mehr. Die Abscesshöhle wurde täglich mit 1%iger Borsäurelösung durch das Vaginaldrainrohr ausgespült, da letzteres aber schon drei Tage nach Eröffnung des Abscesses herausfiel und die Eiterung nur eine sehr geringe war, so wurde die Wiedereinführung des Drainrohres unterlassen und die Ausspülung vermittels eines gewöhnlichen gläsernen Ansatzrohres bewerkstelligt.

Bei der inneren Behandlung wurden hauptsächlich die hohen Temperaturgrade berücksichtigt, gegen die ich abwechselnd Chinin, Natron salicylicum und Antipyrin anwandte. Hierbei kann ich nicht mit Stillschweigen übergehen, dass die erstgenannten Mittel auf Herabsetzung der Temperatur sich durchaus wirkungslos erwiesen, während schon nicht große Dosen von Antipyrin, 1 g dreimal täglich, hinreichten, um eine deutliche Erniedrigung zu erzielen. So gelang es während

der Vereiterung des Exsudates die Temperatur von 39,7° bis auf 38,4° und 37,1° herabzusetzen.

Genährt wurde Pat. mit starker Bouillon, Milch, Kognak und Fleisch, das in verschiedener Form zubereitet wurde.

Vom 18. November, vor der Eröffnung des Abscesses, beginnt der dritte Abschnitt, der bis zum 1. December dauert, d. h. bis zu der Zeit, wo Pat. das Bett verließ und sich vollkommen wohl fühlte. Die objektiven Erscheinungen begannen nach Eröffnung des Abscesses auffallend rasch zur Besserung zu neigen. Die obere Grenze des Exsudates, die sich durch die Bauchdecken durchfühlen ließ, beginnt schnell zu schwinden. Bei der Untersuchung per vaginam findet man gleichfalls ein bedeutend verändertes Bild. Die Gebärmutter, die bis zu dieser Zeit vollkommen unbeweglich, in die Beckenhöhle gleichsam wie eingekeilt und an den Schambogen angeheftet erschien, wird nach einigen Tagen vollständig beweglich und schmerzlos. Am 27. November war das Exsudat durch die Bauchdecken nicht mehr durchzufühlen und nur ein Rest desselben konnte bei innerer Untersuchung im Rectovaginalraum nachgewiesen werden. Vom 25. November hörten die Eiterentleerungen aus der Blase und der künstlich gemachten Öffnung im Scheidengewölbe ganz auf, auch schloss sich letztere vollkommen.

Der Rest des Exsudates wurde hart und unempfindlich, die Temperatur war normal, der Puls ruhig und voll, auch hatte die Kranke in der letzten Zeit zugenommen und fühlte sich nach ihren Angaben so wohl, wie sie es schon lange nicht gewesen war.

In dem eben angeführten Fall muss als interessante Figur die Differentialdiagnose zwischen Extra-uterin-Schwangerschaft und Eierstocksgeschwulst betrachtet werden. Wie schon früher erwähnt, so führten sowohl meine wiederholten Untersuchungen, als auch die anderer Ärzte, zu ein und demselben Resultate, dass wir es hier nämlich mit einem Cystoma ovarii und wahrscheinlich mit einem linksseitigen zu thun hatten. Die vorhandenen Symptome waren so charakteristisch, dass keine andere Diagnose zulässig erschien.

Rekapitulire ich nun die diagnostischen Anhaltspunkte, so waren es folgende: Die Kranke bemerkte die Geschwulst ungefähr vor 2 Jahren. Das Wachsthum derselben war ein nur sehr langsames; die Menstruation war, mit Ausnahme vorigen Frühjahres, wo sie schwanger zu sein und abortirt zu haben behauptete, stets wie früher vorhanden; Pat. hat während ihrer ganzen Krankheit Kindsbewegungen nicht gefühlt. Endlich muss hinzugefügt werden, dass wiederholte objektive Untersuchungen nicht die geringsten Anhaltspunkte für die Diagnose einer Extra-uterin-Schwangerschaft gestatteten.

Und in der That nahmen uns die isolirte Lage des Fruchtsackes, sein besonderes Verhältnis zu den Organen der Bauchhöhle, als auch des Beckens, die Abwesenheit von Herztönen und Kindsbewegungen, so wie andererseits das Unvermögen Kindestheile durchzufühlen, vollkommen die Möglichkeit, eine Extra-uterin-Schwangerschaft zu konstatiren.

Kehre ich nun zur litterarischen Frage zurück, so finde ich in sämmtlichen mir zu Gebote stehenden Quellen über den uns interessirenden Gegenstand überall hervorgehoben, dass man eine Extra-uterin-Schwangerschaft nur in den Fällen anzunehmen berechtigt ist, wo man bei einer verhältnismäßig langen Beobachtungszeit einen Stillstand der Menstruation, ein beständiges Wachsthum der Frucht,

Leben, Herztöne und Kindesbewegungen, so wie das Durchfühlen einiger fester Theile wahrzunehmen im Stande ist. In diesem Sinne haben sich A. Kiter[4], F. A. Kiwisch[5], P. J. Dobrinin[6], Scanzoni[7], Spiegelberg[8], A. Spencer Wells[9] ausgesprochen.

Was die diagnostischen Merkmale einer Extra-uterin-Schwangerschaft bei abgestorbener Frucht anbetrifft, so ist außer dem Durchfühlen von Kindestheilen[1] von einzelnen Autoren, wie z. B. von Dr. H. Fritsch[10], einem Reibungsgeräusch, das bei der Untersuchung durch die gegen einander verschiebbaren Schädelknochen entstehen soll, eine entschiedene Bedeutung beigelegt worden, außerdem soll die häufige Mittellage der Gebärmutter vor dem Fruchtsacke nicht unberücksichtigt gelassen werden. Nichts Ähnliches konnte bei unserer Kranken, wie aus dem Vorhergehenden ersichtlich ist, aufgefunden werden.

Lasse ich endlich das seltene Vorkommen von Extra-uterin-Schwangerschaft im Vergleich zu den Eierstockstumoren bei Seite, so fand eine Verwechselung dieser beiden pathologischen Zustände bei Ovariotomien so selten statt, dass Olshausen[11] in seinem klassischen Traktate über die Krankheiten des Eierstockes, gleich im Beginn der Differentialdiagnose der Eierstockscysten von der extrauterinen und tubaren Schwangerschaft, sich dahin äußert, »dass tubare Schwangerschaft kaum eine Berücksichtigung verdiene, da sie schon sehr frühe zum Tode führe und gewöhnlich sich durch keine hervorragenden Symptome manifestire«. Nach Coblenz[12] gab bei Ovariotomien Extra-uterin-Schwangerschaft nur in äußerst seltenen Fällen zu Verwechselungen Veranlassung.

Zum Schlusse meines Referates erlaube ich mir noch darauf hinzuweisen, dass M. Gorwitz[13] in seinem Handbuche und O. Spie-

---

[4] A. Kiter, Handbuch der Geburtshilfe. 2. Th. St. Petersb. 1858.

[5] F. A. Kiwisch, Handbuch für specielle Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. 2. Th. St. Petersb. 1857.

[6] P. J. Dobrinin, Über die Diagnose von Eierstocksgeschwülsten. St. Petersb. 1869. p. 65—70.

[7] Scanzoni, Die Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. T. II. Russische Übers. St. Petersb. 1879.

[8] Spiegelberg, Lehrbuch d. Geburtshilfe. Russ. Übers. v. B. Janpolsky. 2. Aufl. St. Petersb. 1879.

[9] A. Spencer Wells, Über die Tumoren der Ovarien und des Uterus, ihre Diagnose und Behandlung. Übers. aus dem Englischen von Dr. P. Rodet. Paris 1883. p. 134, 135.

[10] H. Fritsch, Frauenkrankheiten, ins Russische übers. aus dem Deutschen unter der Redaktion von K. J. Slawjanski. St. Petersb. 1882. p. 404.

[11] Olshausen, Krankheiten der Eierstöcke. Handbuch d. allg. u. speciell. Chirurgie von Pitha u. Billroth. 4. Th. T. I. Aufl. 6. p. 185. Russische Übers. v. Dr. Kapustin. St. Petersb. 1879.

[12] Coblenz, Ovariotomie. Arch. f. Gynäk. Bd. XVIII. Hft. 2. Berlin 1881. p. 208.

[13] M. Gorwitz, Handb. d. Pathologie und Therapie der weiblichen Geschlechtsorgane. 2. Th. p. 495—513. St. Petersb. 1883. — Ovariotomie. Russ. Übers. v. A. Fischer. Internationale Klinik 1882. No. 7. p. 24.

gelberg[14] in seinem Referate gar nicht der Differentialdiagnose zwischen Eierstocksgeschwülsten und Extra-uterin-Schwangerschaft Erwähnung thun, als ob sie eine Verwechselung beider pathologischer Zustände vollkommen ignorirten.

---

## 1) **Paul F. Mundé** (New York). Die kleinere gynäkologische Chirurgie.

New York, **William Wood & Co.,** 1885.

Der ersten Auflage des vorliegenden Buches, welche im Jahre 1880 erschien, ist in verhältnismäßig kurzer Zeit eine neue vielfach vermehrte und verbesserte gefolgt, ein Beweis, welchen Anklang das Werk in Amerika gefunden hat. Der Verf., Professor der Gynäkologie an der Poliklinik zu New York und Herausgeber des verbreiteten Amer. journ. of obstetr., hat auf Grund einer reichen praktischen Erfahrung, einer ausgedehnten Bekanntschaft der einschlägigen Litteratur und nicht zuletzt eines seltenen Lehrtalentes, welches die große Kunst versteht sich in den Geist des Schülers zu versetzen, ein Buch geschaffen, welches der Litteratur seines Landes zur hohen Ehre gereicht.

In den vielen und trefflichen Handbüchern der Gynäkologie, welche das ganze weite Feld der Wissenschaft umfassen, kann naturgemäß nicht auf viele praktische Punkte eingegangen werden, welche der Praktiker wissen muss und deren Kenntnis er sich mühsam durch die tägliche Praxis, vielfach auf Kosten seiner Pat. erwerben muss. Diese Lücken auszufüllen, den Arzt in den Stand zu setzen, auch ohne eingehendere Studien an gynäkologischen Kliniken, für welche den meisten Zeit und Mittel fehlen, die alltäglich vorkommenden gynäkologischen Verrichtungen und kleinen Operationen selbständig vorzunehmen — dies ist die Aufgabe, die sich der Verf. unseres Buches vorgesetzt hat und welche er trefflich löste. Aber nicht allein der Anfänger in der gynäkologischen Praxis findet in dem Buche einen sicheren Führer, dem er mit unbedingten Vertrauen überall hin folgen kann, sondern auch der lange in reicher Praxis stehende Fachmann wird das Buch nicht ohne Nutzen lesen.

Eine Ausstellung nur, abgesehen von Meinungsverschiedenheiten, die selbstverständlich nirgends fehlen, müssen wir dem Buche machen, für ein Handbuch ist es zu umfangreich. Es umfasst nicht weniger als 533 enggedruckte, große Seiten. Der Verf. konnte sich nicht genug thun, um seinen Gegenstand möglichst klar von allen Seiten zu beleuchten und ist in Folge dessen an vielen Stellen übermäßig wortreich. Hierunter hat die Handlichkeit des Buches gelitten. Auch ganze Abschnitte, welche wohl nur der Vollständigkeit wegen Aufnahme gefunden haben, z. B. über Anästhesie und andere, so wie

---

[14] O. Spiegelberg, Diagnose der Eierstocksgeschwülste, besonders der Cystosen. Vorträge deutscher Kliniker, hrsg. von Goldendach. Moskau 1873. Bd. VIII, p. 256—284.

eine Anzahl der übrigens größtentheils trefflich ausgeführten äußerst zahlreichen Holzschnitte, wir nennen nur diejenigen des Paquelin und des galvanokaustischen Apparates, hätten ohne Schaden für den Werth des ganzen Buches bei Seite gelassen werden können. Doch sind dies Ausstellungen, welche den Werth des Buches nicht weiter beeinträchtigen.

Es kann selbstverständlich nicht unsere Absicht sein, an dieser Stelle eingehender den Inhalt eines Handbuches kritisirend zu besprechen, welches in fremder Sprache abgefasst, für den Leser dieser Blätter nur von geringem Interesse ist. Doch können wir uns nicht versagen, wenigstens eine kurze Mittheilung des reichen Inhaltes zu geben.

In einer lesenswerthen Einleitung bespricht der Verf. zunächst die allgemeinen Grundsätze, welche bei der Diagnose und Behandlung gynäkologischer Fälle in Betracht kommen. Die Ermahnung, welche er zum Schluss des Kapitels an seine Leser richtet, niemals die lokale Untersuchung zu unterlassen, wenn die Erscheinungen auf eine Erkrankung der Genitalorgane hindeuten, hat wohl auch für unsere Verhältnisse Gültigkeit.

Der erste Theil des Werkes handelt von der gynäkologischen Untersuchung. Hier werden die verschiedenen Methoden der lokalen Untersuchung, die beste Lage der zu Untersuchenden, das Untersuchungslager sehr eingehend und erschöpfend besprochen. In dem zweiten Theil werden die gynäkologischen Manipulationen und Applikationen abgehandelt. Dem Katheterismus der Blase wird ein eigenes Kapitel gewidmet, dann weiter, wohl eingehender als für den praktischen Arzt nothwendig, die künstliche Erweiterung der Harnröhre und die Injektionen in die Blase besprochen. Sehr umfangreich ist naturgemäß das Kapitel über die Applikation medikamentöser Stoffe auf die Scheide und den Cervix; mehrere Seiten sind der Tamponade der Scheide gewidmet. Es folgen dann Abschnitte, welche über Behandlung des Endometrium, die Dilatation des Cervikalkanales, das Auskratzen der Uterushöhle, die lokale Blutentziehung handeln. Entbehrlich, wenn auch wenig umfangreich, ist der Abschnitt über Injektion medikamentöser Substanzen in das Gewebe des Cervix und der Scheide; warnt der Verf. doch selbst vor der Anwendung der Methode. Sehr willkommen hingegen wird dem Arzte die ausführliche, klare und präcise Abhandlung über die Reposition des misslagerten Uterus und der Ovarien sein.

Eine bedeutende Seitenzahl umfasst das Kapitel der Pessarien. Selbst eine kurze historische Einleitung fehlt nicht, aus der wir erfahren, dass schon die Araber aufgeblasene thierische Blasen anwandten und Ambrosius Paré 1573 das erste ringförmige Pessar angab. Die Ansicht, dass erst seit der Erfindung des Hebelpessars durch Hodge die Konstruktion und Applikation der Pessarien auf richtigen wissenschaftlichen und mechanischen Principien beruhe, wird wohl kaum allgemein getheilt werden.

Sehr erwünscht ist es, dass auch der äußeren Unterstützungsmittel gedacht wird, besonders der so wichtigen Leibbinden, deren richtige Konstruktion dem an kleinen Orten lebenden Arzte häufig viel Noth und Mühe bereitet.

Es giebt sicherlich keine therapeutische Maßregel in der ganzen gynäkologischen Praxis, welche so wenig verstanden und so häufig falsch angewandt wird, wie die Anwendung der Pessarien. Diese Worte des Verf., mit welchen er seinen Abschnitt über letztere beginnt, haben nur zu allgemeine Richtigkeit. Darum hat er auch sehr wohlgethan, gerade diesem Kapitel besondere Sorgfalt zu widmen, und wir stehen nicht an, dasselbe mit dem Besten, was über diesen Gegenstand geschrieben wurde, zuzuzählen. Einige Pessarien und deren Besprechung hätten wir allerdings dem Verf. gern erlassen. Ein besonderes Kapitel ist einer Besprechung der Heilbarkeit der Deviationen gewidmet. M. warnt auf Grund eigener und fremder Beobachtungen sehr dringend vor zu großer Hoffnungsseligkeit in dieser Beziehung.

Die intra-uterinen Pessarien werden für manche Fälle empfohlen. Der praktische Arzt wird wohl sicherer gehen, wenn er auf ihren Gebrauch verzichtet und dieselben dem eigentlichen Fachmanne überlässt.

Eine kurze Abhandlung über die subkutane Anwendung des Ergotin schließt diesen Theil.

Der dritte und letzte Theil, welcher neu hinzugekommen ist, schließt sich würdig den beiden anderen an. Derselbe behandelt einzelne der häufiger vorkommenden gynäkologischen Operationen. Allgemeine Betrachtungen über die beste Zeit zum Operiren, die vorbereitende Behandlung, die Wundnaht, die Antisepsis, die Anästheticis und ihre Anwendung leiten ihn ein. Von den Operationen wird zunächst der Cervixriss in Betreff auf seine Bedeutung als Ursache gynäkologischer Störungen, die Operation derselben, bei deren Ausführung M. ziemlich genau Emmet folgt, so wie die schließlichen Erfolge derselben eingehend besprochen.

In dem folgenden Kapitel werden die Operationen für Dammrisse, Rectocele und Cystocele, Prolapsus des Uterus und der Scheide abgehandelt.

So viel über den Inhalt des Buches, dem wir eine weite Verbreitung auch bei uns durch eine deutsche Bearbeitung wünschen.

Die Ausstattung des Buches ist vortrefflich.

**Engelmann** (Kreuznach).

---

2) **Eichholz** (Jena). Zur Therapie der Retroflexio uteri.

(Deutsche Medicinalzeitung 1885. No. 64.)

Um die Nachtheile des Schultze'schen Achterpessars (Schwierigkeit, es richtig zu biegen, Decubitus, erschwerte Cohabitation) zu vermeiden und doch die Vortheile der Acht zu wahren, bog Verf. den Ring derartig, dass der kleine Ring excentrisch in den großen,

welcher vollständig rund sein muss, zu liegen kommt. Der kleine Ring wird mit seiner Peripherie über das Niveau des großen hinaufgebogen und kann auch bei Neigung der Portio zu seitlichem Ausgleiten seitliche Abbiegungen erfahren, um dieses zu verhindern. Vorn findet das Pessar seine Stütze an den absteigenden Schambeinästen, ohne bis in den Schambogen hineinzureichen, oder hinter der Symphyse, und dehnt das ganze Scheidengewölbe gleichmäßig aus, ohne es jedoch wesentlich anspannen zu müssen, weil der kleine Ring an sich schon direkt die Portio hinten fixirt. Durch die große Dehnbarkeit des Scheidengewölbes wird dem Ring immer eine gewisse Beweglichkeit gesichert und ein Decubitus an den Theilen vermieden, die am Knochen liegen. Speciell werden auch die hinteren Befestigungen des Uterus gar nicht gedehnt und ihnen die Restitutionsfähigkeit gewahrt. Da das Pessar hoch oben liegt, hindert es auch bei der Cohabitation nicht in dem Maße, wie die Acht. Zur Herstellung wird der Reinlichkeit wegen Celluloid verwandt. Am meisten werden angewendet Ringe von 10—11$^1/_2$ cm Durchmesser. Ist der kleine Ring gebildet, so hat dann der große etwa 7 cm Durchmesser, der bei Frauen, die geboren haben, nicht inkommodirt.

Auch bei einfachem Descensus uteri in Folge von Erschlaffung der Befestigungen des Uterus kann dieser sog. Doppelring Anwendung finden, da er das Scheidengewölbe nicht so spannt wie der Mayer'sche und bedeutend reinlicher ist.

Sein einziger Nachtheil besteht darin, dass seine Einführung oft recht schmerzhaft ist, bei jungfräulichen Individuen oft geradezu unmöglich, da der Durchmesser des Ringes, um im Scheidengewölbe zu liegen, größer sein muss, als die Hymenöffnung. In solchen Fällen wird man dann ein anderes, länglich geformtes Pessar in Anwendung ziehen.

**Weidlich** (Breslau).

---

## 3) Winter. Über die Berechtigung der zeitlichen Trennung der Extraktion von der Wendung.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1886. Bd. XII. Hft. 1.)

Das Material der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin vom Jahre 1876—1884 wird vom Verf. in sorgfältigster und eingehendster Weise verwendet, um darzuthun, dass man Wendung und Extraktion in einem Tempo, ungetrennt von einander, ausführen solle. Bei verstrichenem Muttermunde würde dies auch fast allgemein ausgeführt, bei noch nicht eröffnetem solle man bis zu der vollkommenen Eröffnung warten. Die Zahl der benutzten Fälle umfasst 310 möglichst einfache, unkomplicirte Querlagen ausgetragener lebender Kinder; auf Grund seiner an obige Beobachtungen geknüpften Beweisführungen kommt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen:

»1) Die Lehre, Wendung und Extraktion stets zeitlich zu trennen, entstand durch die falsche Voraussetzung, dass die künstlich (durch

Wendung) hergestellte Fußlage dieselbe Prognose hätte, wie die natürliche.

2) Die früher allgemein gebräuchliche Therapie der möglichst frühen Wendung nach abgeflossenem Fruchtwasser beruht auf der Furcht vor dem intra-uterinen Absterben der Kinder und besonders vor der erschwerten Wendung bei längerem Abwarten.

3) Die Kinder sterben durch den frühzeitigen Wasserabfluss allein nicht ab, sondern erst, wenn Tympania uteri oder übermäßige kräftige Wehen, oder Tetanus uteri auftritt.

4) Die Wendung kann durch das Abwarten auf die Erweiterung des Muttermundes nicht erschwert werden; die erschwerenden Momente der starken Dehnung des unteren Uterinsegments mit verschleppter Querlage tritt erst in der Austreibungsperiode ein; die passive Zusammenziehung des Uterus erschwert die Wendung nicht; der Tetanus uteri ist ein specifisches, pathologisches, entweder mechanisch oder chemisch hervorgerufenes Moment, welches immer zu vermeiden ist.

5) Die Kinder vertragen in normalen Fällen die Wendung und sofortige Extraktion mit Sicherheit.

6) Das Abwarten nach früh gemachter Wendung ist für das Kind sehr gefährlich; die Kinder sterben zum Theil intra-uterin ab oder können nur zuweilen noch durch schnell vorgenommene Extraktion gerettet werden.

7) Die Ursache für das Absterben der Kinder sind bei der Wendung gemachte Nabelschnurinsulte, Placentarlösungen oder Eintritt von Luft in den Uterus.

8) Bei stehender Blase in erster Linie, aber auch bei gesprungener Blase darf die Wendung erst dann gemacht werden, wenn die Extraktion sofort angeschlossen werden kann.

9) Nur ganz bestimmte Indikation (Placenta praevia, Nabelschnurvorfall, beginnende Infektion, beginnende intra-uterine Asphyxie des Kindes, starke Dehnung des unteren Uterinsegmentes, reine Wehenschwäche) verlangt eine frühe Wendung (d. h. vor Eröffnung des Muttermundes) und dann meist nur im Interesse der Mutter.

10) Bei Wendungen aus Kopflage gelten mutatis mutandis dieselben Grundsätze, wie bei der Wendung aus Querlage.

**Menzel** (Görlitz).

---

## Kasuistik.

4) **Lesi** (Imola). Porro'scher Kaiserschnitt.

(Raccoglitore med. 1885. September 10.)

Die 23jährige Frau war vom Verf. vor 7 Jahren an Hämatometra wegen Scheidenocclusion operirt worden. Verf. sah Pat. im 7. Schwangerschaftsmonate. Am Grunde der kurzen Scheide ließ sich mit Mühe eine kleine Öffnung auffinden, die kaum einen dünnen Draht durchließ. In dem letzten Schwangerschaftsmonate blutete die Frau fortwährend. Geburtswehen am rechtzeitigen Schwangerschaftsende. Blutung bei jeder Wehe. Man dachte an Placenta praevia und entschloss

sich nach ca. 12 Stunden zur Operation, die ganz nach Porro ausgeführt wurde. Die Placenta saß wirklich am unteren Uterinsegment. Mutter und Kind erhalten. Rasche Heilung. **Liebman** (Triest).

5) **Negri** (Novara). Auvard's Kranioklast.

(Annali di ostetricia etc. 1885. Mai—Juni.)

Fünf Experimente mit Kindesleichen im gusseisernen Becken berechtigen Verf. zum Schlusse, dass obgenanntes Instrument einen wirklichen Fortschritt in der Geschichte der Kranioklasie bezeichne. Die Einführung der Löffel ist leicht, besonders wenn die Schädelbasis parallel mit dem Beckeneingange steht. Im Nothfall kann der männliche Arm des Instruments als Perforatorium gebraucht werden. Das Instrument fasst und hält gut; es zertrümmert ganz vorzüglich die Schädelbasis. Mit großer Leichtigkeit ließ sich eine Verengerung von 16 mm überwinden.

Zu bemerken wäre noch, dass sich leicht Splitter bilden, die aber wenig gefährlich sein dürften, weil sie gewöhnlich in der Richtung des Zuges sich befinden und somit leicht entfernt werden können; außerdem dass der Schädel oft im Querdurchmesser zunimmt. Letzterer Umstand dürfte den Operateur bewegen, das Instrument während der Extraktion des Schädels etwas zu rotiren, etwa so viel, dass der gefensterte Arm des Kranioklasts in die Nähe einer Symph. sacro iliaca gebracht werde. **Liebman** (Triest).

6) **Chiara** (Florenz). Ovariotomie. Porro'scher Kaiserschnitt.

(Annali die ostetricia etc. 1885. März—Juni.)

1) Doppelseitiges Ovarialkystom, intraligamentös entwickelt. Das rechte adhärirte innig an dem Uterus. Da eine Ausschälung nicht möglich war, wurden beide Cysten so hoch als möglich mit Nelaton'schen Zangen gezogen und dann mittels eines Chassaignac'schen Ekraseur sammt dem Uterus geschnürt; sodann 2 cm oberhalb der Schnürschlinge sammt dem Uterus abgetragen. Der Stiel wurde mit Chloreisenwatte bedeckt und im unteren Wundwinkel fixirt. Rasche fast fieberlose Heilung. Am 13. Tage wurde die Kette und eine darunter durch den Stiel eingeführte Lanzennadel entfernt.

2) Die Operation wurde bei einer 22jährigen rachitischen Erstgebärenden mit einer Conjugata vera von 64—68 mm nach Beginn der Geburt (Vaginalportion verstrichen, Muttermund auf 1 cm Durchmesser erweitert) vorgenommen. Die Placenta wurde erst nach der vollständigen Schnürung mit dem Chassaignac'schen Ekraseur entfernt. Verband wie im vorigen Falle. Rasche Heilung. Das Kind blieb am Leben. **Liebman** (Triest).

7) **Pinzani** (Bologna). Zwillinge.

(Riv. clinica 1885. August.)

Die zwei unreifen Mädchen (1850 und 1940 g schwer) traten in einem schrägen Durchmesser in das Becken ein; der Sack der hinten liegenden Frucht (2. Steißlage) war viel tiefer als der der vorn liegenden (2. Schädellage, Kopf noch beweglich über dem Beckeneingange). Zwischen den zwei, wenig gespannten, Fruchtsäcken war ganz deutlich ein Septum zu fühlen. Es barst zuerst der hintere Sack, später der vordere, doch wurde die vorn liegende Frucht zuerst geboren. Placenta vollkommen getrennt. Die Scheidewand bestand natürlich aus 4 Membranen.

**Liebman** (Triest).

8) **Meola** (Neapel). Spondylolisthesis.

(Riv. internaz. di med. e chir. 1885. No. 5—9.)

Ein langer Aufsatz mit großer Litteraturkenntnis verfasst, der die ganze Pathologie der fraglichen Anomalie behandelt, ein spondylolisthetisches weibliches Becken des Universitätsmuseum (Geschichte unbekannt) beschreibt, dann eine Geburtsgeschichte (Ätiologie unbekannt, Conj. vera 8 cm, künstliche Frühgeburt, Tarnier's Zange im Beckeneingange, Mutter und Kind gerettet) mittheilt und mit der Empfehlung schließt, die Symphysiotomie bei einer Conj. vera bis zu 2 Zoll (5,4 cm) vorzunehmen. **Liebman** (Triest).

9) **Chiara** (Florenz). Bericht.

(Gazz. delle cliniche 1885. T. XXII. No. 6 u. 7.)

Im Schuljahre 1884—1885 kamen auf der Gebärklinik 27 Aborte, 92 Frühgeburten und 248 Geburten vor. Zwillinge wurden 4mal, Drillinge 1mal geboren. Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft 15mal. Forceps 35 (im Beckeneingange 10, im Beckenkanale 9, Beckenausgangszange 16); Wendung 7; Manualextraktion 6, Kranioklasie 2, Embryotomie (Braun'scher Haken) 1mal; Porro'scher Kaiserschnitt (Mutter und Kind erhalten) 1; Sectio caesarea post mortem (Kind todt) 1mal. Es starben 20 Wöchnerinnen, davon 3 an septischen Processen, die vor der Aufnahme in die Anstalt begonnen hatten; 2 an Sepsis in der Anstalt entstanden; 8 an Krankheiten, die mit dem Wochenbette in keinem Zusammenhange standen; 7 an Komplikationen (Ruptura uteri, Eclampsia, Placenta praevia, Graviditas extra-uterina).

In der gynäkologischen Klinik wurden 273 Frauen aufgenommen und an denselben folgende Operationen ausgeführt: 2 Probeschnitte, 21 Probepunktionen, 14 Ovariotomien, 6 Kolporrhaphien, 1 Amputatio colli, 7 Polypenexstirpationen, 19 Auskratzungen der Gebärmutterhöhle, 18 Ignipunkturen (des Cervix), 3 Discissionen, 7 Eröffnungen von Beckenabscessen, 5 Paracentesen des Abdomens, 96 kleinere Operationen.

Es starben 2 Frauen in Folge von Operationen (Sepsis), 4 an Krebs.

**Liebman** (Triest).

10) **P. Wiesmann** (Herisau). Ein Fall von Hernia inguino-properitonealis Littrica incarcerata. Hernio-Laparotomie. Tod durch Peritonitis.

(Korrespondenzblatt der schweizer Ärzte 1885. No. 17.)

Verf. veröffentlicht einen Fall von Herniotomie, der die Kombination zweier bei Hernien ziemlich seltener Vorkommnisse darbietet, nämlich Incarceration des Meckel'schen Divertikels und einen doppelten Bruchsack, die sog. Hernia inguino-properitonealis (Krönlein).

Pat., ein 74jähriger, mäßig kräftig gebauter Weber, im Allgemeinen stets gesund, acquirirte vor ca. 30 Jahren eine linksseitige Inguinalhernie, die er stets selbst reponirte und durch ein Bruchband zurückhielt. In der Nacht vom 1. bis 2. Juni konnte der unter dem Bruchbande herausgetretene Bruch nicht mehr zurückgebracht werden; gleichzeitig Incarcerationserscheinungen. Ein am nächsten Morgen vorgenommener leichter Taxisversuch erfolglos, Aufnahme ins Krankenhaus vom Pat. verweigert; vorläufig Darreichung von Opiaten.

Am Nachmittag des 3. Juni verschlimmerte sich der Zustand, die kleine, etwas über walnussgroße Bruchgeschwulst am Ausgang des linken Leistenkanals war so empfindlich, dass kaum eine Palpation noch möglich war; daher Aufnahme ins Krankenhaus, Herniotomie in Narkose nach gründlicher Desinfektion des Operationsfeldes. Außer der Bruchgeschwulst und einem mäßigen Meteorismus war am Abdomen nichts, das die zu schildernde Komplikation hätte im Voraus diagnosticiren lassen. Besonders hatte der linke Testikel eine vollständig normale Lage; auffallend war nur eine ziemlich starke Verdickung des linken Samenstranges. Bei der Eröffnung des Bruchsackes floss etwas sehr übelriechendes Bruchwasser ab. In der Tiefe lag der Darm in der Größe einer Kirsche, von blauschwarzer Färbung. Vor der Reposition wurde, um sich vom Zustande des Darmes zu überzeugen, ein etwa 6 cm langes Stück Darm hervorgezogen, das aber kein Mesenterium enthielt. Allmählich ließ sich noch etwas mehr Darm hervorziehen und nun entpuppte sich das eingeklemmte Stück als ein Meckel'sches Divertikel. Durch den Bruchsackhals gelangte man nicht mit dem Finger in die Bauchhöhle, sondern in eine anscheinend etwa hühnereigroße Tasche, die hinter den Bauchdecken lag. Daher Verlängerung des Hautschnittes auf etwa 12 cm, Durchtrennung der Bauchmuskulatur, Eröffnung des Peritoneum. Erst nachdem der fibröse Ring, der den

Eingang zu der erwähnten Tasche bildete, discidirt war, ließ sich das Eingeweide zurückschieben. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle flossen einige Tropfen gelben Serums ab, ein Zeichen, dass die Peritonitis bereits im Gange war. Vernähung der Peritonealwunde resp. auch des eröffneten Bruchsackes mit fortlaufender Katgutnaht, Abtragung des unteren Endes des äußeren Bruchsackes mit der Schere, Vereinigung der Hautwunde über einem eingelegten Drainrohr, antiseptischer Verband.

Am 6. Juni Morgens erfolgte der Exitus ohne besondere Erscheinungen. Die Sektion bestätigte vollständig die Diagnose und ergab als Todesursache eine Peritonitis, die bereits im Gange war, als die Operation gestattet wurde.

**Weidlich** (Breslau).

### 11) **P. Schroeter** (Dorpat). Beckenmessungen an lebenden Menschen verschiedener Nationalitäten.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXV. Hft. 3.)

S. hat die Becken von 114 Personen polnischer Nationalität (50 Männer, 64 Weiber), 102 Juden (62 Männer und 40 Weiber) und 55 Russen (Männer) gemessen. Er hat sich dabei an die von Prochownik angegebene Methode (cf. Ref. dieses Blattes 1882 No. 30) gehalten, welcher als »anthropologische Beckeneingangsebene« eine die Spitze des Proc. spin. vertebrae lumb. V einerseits, den oberen Rand der Symphysis pubis andererseits berührende Ebene annimmt. Die Messungen selbst führte er mit einem Baudelocque'schen Tasterzirkel, einem Bandmaß und einem von ihm selbst konstruirten Apparat aus, dessen genaue Beschreibung das Original, dessen Abbildung die das gleiche Thema behandelnde Dissertation des Verf.s bringt.

Sind schon die von S. durch seine mühevollen Untersuchungen gewonnenen Resultate an sich interessant, so werden sie es noch mehr durch eine von ihm vorgenommene Vergleichung derselben mit Messungen deutscher (Dohrn, Schröder) und esthnischer Becken (v. Schrenck). Aus den diesbezüglichen Tabellen ergiebt sich, dass die Unterschiede in den Maßen der Becken deutscher und esthnischer Frauen unbedeutend, sehr erheblich aber bei denen der Frauen germanischen, slawischen und semitischen Stammes sind. Die größte Differenz liegt in den Maßen der Spin. ilei ant. sup. Beim Vergleich derer der polnischen und jüdischen Frauen einerseits, der deutschen andererseits findet sich ein + von 3,20 resp. 3,70 cm zu Gunsten der letzteren. Auffallend ist ferner der Unterschied in den Maßen der Conj. ext. Er vertheilt sich in der Art, dass die größte Conj. ext. der Esthin, eine um Geringes kleinere der Deutschen, eine beträchtlich kleinere der Polin, die kleinste der Jüdin zufällt. Weniger erheblich, aber immerhin noch auffällig genug, manifestirt sich eine Differenz in den Maßen der Cristae; unwesentlich ist sie bei den Trochanteren. Im Allgemeinen ist das Becken der Esthin und Deutschen ein stärker entwickeltes als das der Polin und Jüdin. Das der letzteren ist das überhaupt in allen Maßen kleinste.

Aus einer Tabelle, in welcher die Beckenmaße der Männer zusammengestellt sind, ergiebt sich, dass die Juden in sämmtlichen den Kürzeren ziehen, dagegen bei den russischen Männerbecken die größten Maße vorhanden sind, ein Verhältnis, welches mit dem der Körperlänge dieser Nationalitäten übereinstimmt.

Ein Vergleich der männlichen und weiblichen Becken der Juden, Polen und Russen bestätigt das Faktum, welches Prochownik bei den männlichen und weiblichen Becken der Deutschen gefunden, dass nämlich die Höhe des Beckens im Mittel stets geringer bei Frauen als bei Männern derselben Nationalität ist. Auch die gleichfalls von Prochownik aufgestellte Behauptung, dass die Mittel der Beckenmaße im direkten Verhältnis zur Körperlänge im Mittel stehen, fand S. bestätigt.

Der zweite Theil der Arbeit beschäftigt sich mit der Beckenneigung und zwar zuerst mit der der einzelnen vom Verf. gemessenen Nationalitäten. Die von ihm in dieser Hinsicht gewonnenen Resultate vergleicht S. in einer besonderen Tabelle mit den für die Deutschen von Prochownik, für die Esthen von v. Holst festgestellten Zahlen. Aus ihr geht hervor, dass 1) bei den Deutschen die Becken

der Frauen stärker zum Horizont geneigt sind, als die der Männer, es sich aber umgekehrt bei den Polen und Juden verhält, dass 2) die Neigung des Beckens zum Horizont am stärksten bei deutschen Frauen, um Vieles (13°) geringer bei den Polinnen, noch geringer bei den Jüdinnen, am geringsten bei der Esthin ist, dass 3) bei verschiedenen Nationalitäten die Normalbreite der Beckenneigung eine verschiedene ist, dass dieselbe bei den Deutschen in höheren Graden zu finden ist, als bei den Polen und Russen und bei den Juden in noch niedrigeren. Auf Grund dieser Resultate stellt S. den Satz auf, dass bei verschiedenen Nationalitäten sich die Beckenneigung im Allgemeinen verschieden gestaltet.

Am Schluss der Arbeit wird noch die Frage der Inkonstanz resp. Konstanz der Beckenneigung bei ein und demselben Individuum erörtert. S. erkennt die Inkonstanz als unbedingt richtige Lehre an. Er stimmt dem Meyer'schen Satz zu, dass die Beckenneigung von der Stellung der Beinachsen abhängig ist.

**Graefe** (Halle a/S.).

### 12) E. Saint-Moulin (Brüssel). Seltene Beckendifformität; Sectio caesarea nach Uterusruptur.

(Journ. d'accouch. 1885. No. 13 u. 14.)

Ein früher gesundes Mädchen wurde im 16. Lebensjahre durch ein herabfallendes Felsstück in der unteren Rückengegend getroffen. Während dreier Monate litt sie an Incontinentia alvi et urinae; nach 6 Monaten konnte sie an Krücken gehen. Nach fast 2 Jahren verließ sie das Hospital mit einer sichtbaren Rückgratsverkrümmung; beim Gehen war sie noch etwas behindert. 5 Jahre später als Gravida in der Maternité von Mons aufgenommen. Beckenmessung ergab für die Conj. vera 3,6 cm, für die Dist. sacrocotyl. sin. 3 cm, die dextra 4 cm. Erfolgreiche Sectio caesarea. Nach 7 Jahren zum zweiten Mal gravid in die Brüsseler Maternité aufgenommen. Auffallend war eine starke Einbiegung am Rücken der Pat. ($3^1/_2$ cm) gegen das Kreuzbein hin und eine abnorme Krümmung des letzteren. Hochgradiger Hängebauch fast bis auf die Knie reichend. Zwischen Nabel und Symphyse eine 5markstückgroße fluktuirende Stelle, an welcher die Haut verdünnt ist. Gravida klagt über heftige Leibschmerzen, erbricht Alles. Puls klein, sehr frequent, Temp. 37,5°, Gesicht verfallen. Die kurz nach der Aufnahme der Pat. noch hörbaren fötalen Herztöne verschwunden.

Nachdem sich die Pat. während der folgenden Tage etwas erholt, wird die Sectio caesarea ohne Chloroform ausgeführt. Nach Durchschneidung der Bauchwand in der Mittellinie fand sich eine große Menge schwarzer Blutgerinnsel, welche mit der Hand aus der Bauchhöhle ausgeschöpft werden mussten. Dann zeigte sich eine Ruptur des Uterus, durch welche das Amnion unverletzt prolabirt war. Entwicklung des Kindes, Entfernung der Placenta. Naht der Uteruswunde, dann des Abdomens; in den unteren Wundwinkel desselben ein Drain gelegt. Zufriedenstellendes Befinden der Pat. bis zum 10. Tage. An diesem heftige Unterleibsschmerzen, Collaps, welchem sie trotz aller Excitantien etc. erliegt.

Die Untersuchung des skelettirten Beckens ergab, dass dasselbe weder ein rachitisches noch ein osteomalakisches war. Es handelte sich vielmehr um eine Fraktur des Os sacrum, welche komplicirt war durch eine Luxation des linken Ileosakralgelenkes. In Folge derselben hatte sich die ganze Wirbelsäule nach der Beckenhöhle zu gesenkt. Den geraden Durchmesser des Beckeneinganges bildete nicht die Verbindungslinie des oberen Symphysenrandes mit dem Promontorium, sondern mit dem unteren Rand des 3. Lendenwirbels. St.-M. bezeichnet das Becken als Pelvis obtecta (per fracturam et luxationem ossis sacri).

**Graefe** (Halle a/S.).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

**Zehnter Jahrgang.**

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 8.** **Sonnabend, den 20. Februar.** **1886.**



## Zwei Fälle aus der Klinik.

Von
Prof. **Dohrn.**

### I. Kaiserschnitt nach dem Tode. Muskelstarre der moribund extrahirten Frucht.

Am Abend des 30. Sept. v. J. brachte man mir eine eklamptische Schwangere in die Klinik. Von den Begleitern der Kranken erfuhren wir, dass es sich um eine 29jährige Erstgebärende handle, welche früher und in der Schwangerschaft gesund gewesen war und Tags vorher 2, am Tage der Aufnahme 7 Anfälle von Krämpfen gehabt hatte.

Die Kranke lag in tiefem Sopor als sie gebracht wurde und gleich von Anfang an ließ sich diese Eklampsie als eine sehr schwere an. Ödeme bestanden nicht und in dem Urin fand sich eine mäßige Menge Eiweiß, aber keine Faserstoffcylinder. Die Frucht zeigte einen Fötalpuls von normaler Frequenz, der Schädel lag vor, der Muttermund war noch uneröffnet, der Scheidentheil 1 cm lang, Wehen nur selten und schwach vorhanden.

Nach einer halben Stunde trat ein heftiger eklamptischer An-

fall auf und nun folgten wechselnd Sopor und Anfall, letztere bis zu 39 an der Zahl, ohne dass die Kranke inzwischen wieder einmal zu klarem Bewusstsein gekommen wäre. Die angewandte Therapie, heiße Bäder, starke Morphiuminjektionen, Chloroformirung, Eisblase auf den Kopf erwies sich als völlig nutzlos.

Schon gleich bei der Aufnahme der Pat. hatte die Möglichkeit ins Auge gefasst werden müssen, dass die Entbindung durch Kaiserschnitt nach dem Tode hier würde nöthig werden können und um gegebenen Falls keine Zeit zu verlieren, wurde das für die Operation Erforderliche sofort neben dem Bett der Gebärenden bereit gestellt.

Am 2. Oktober Morgens trat der vorausgesehene Fall ein. Unmittelbar nach einem sehr heftigen Anfall starb die Kranke. Der Fötalpuls, früher häufig beobachtet, war zuletzt 2 Stunden vor dem Tode der Schwangeren auskultirt und etwas schwächer und unregelmäßiger als früher gehört worden. Wehen waren bis zum Tode hin nur schwach und selten aufgetreten.

Der bei dem Tode im Zimmer anwesende Assistenzarzt machte sofort nach dem Ableben den Kaiserschnitt und ich kam hinzu, als eben die Bauchdecken durchtrennt waren. Vom Tode bis zur Extraktion des Kindes verging eine Zeit von 4 Minuten.

Das Kind hatte eine blaurothe Hautfarbe, respirirte nicht und hatte einen Herzschlag von ca. 20 in der Minute. Nach sofortiger Abnabelung brachte ich es sogleich in ein warmes Bad und bemerkte dabei die auffällige Erscheinung, dass die Glieder des Kindes völlig starr waren. Mund und Augenlider waren geschlossen, die Extremitäten in leichter Flexionsstellung, die Muskulatur fühlte sich überall hart an. Ein Versuch, den kleinen Finger in den Mund zu zwängen, fand großen Widerstand, der sich auch bei erneuten Versuchen wiederholte.

Der Herzschlag des Kindes erlosch im Bade sehr rasch, die Muskelstarre blieb auch dann noch bestehen. Anderen Tages fand sich die Leiche in gewöhnlicher Weise todtenstarr. Die Sektion des 2150 g schweren und 46 cm langen männlichen Kindes ergab völlig atelektatische Lungen, Abwesenheit von Petechien, normale Bildung der fötalen Gefäße, starke Blutüberfüllung des rechten Herzens, Bronchien ohne abnormen Inhalt, die venösen Gefäße von Hals, Brust und Bauchhöhle strotzend bluterfüllt. Hirn und Rückenmark blieben ununtersucht.

Aus unserer Litteratur ist mir eine entsprechende Beobachtung an Neugeborenen nicht bekannt. Schon die Fälle von einem intrauterin entwickelten Rigor mortis sind außerordentlich selten. In dem vorliegenden Falle war das Bild von der Todtenstarre noch darin wesentlich verschieden, dass sich die Muskelstarre bei einer Frucht mit noch nachweisbarem Herzschlag vorfand und dass sie sich nicht, wie bei der Todtenstarre, nach einmaliger Streckung der flektirten Gelenke löste. Nach Angabe der Physiologen wird die Starre durch

heftige Kontraktionen vor dem Tode befördert. Es ist denkbar, dass die bei dem vorliegenden Kinde beobachteten Erscheinungen mit den eklamptischen Krampfanfällen der Mutter in Zusammenhang standen.

## II. Ein Fall von Echinokokken in der Bauchhöhle.

Im December 1885 kam eine 26jährige Frau wegen einer Unterleibsgeschwulst in die Klinik. Sie stammte aus gesunder Familie, war 4wöchentlich menstruirt und hatte 2mal geboren, zuletzt im November 1884. Seit ihrer letzten Niederkunft hatte sich die früher nur 4tägige Menstruation auf 8tägige Dauer verlängert. Seit 5 Monaten hat Pat. eine Geschwulst links im Leib bemerkt, die seitdem gewachsen ist, sie hat sich matt gefühlt und öfters über Schmerzen im Leibe zu klagen gehabt.

Bei der Untersuchung fand sich im Abdomen ein Tumor, welcher sich aus einzelnen runden, verschiebbaren Geschwülsten verschiedener Größe zusammensetzte. Die größte derselben, kindskopfgroß, lag links in der Höhe des Nabels, von dieser ließen sich nach unten gegen den Beckeneingang hinab noch mehrere kleinere kugelige Geschwülste anschließend verfolgen. Die Därme waren durch die Tumoren nach rechts verdrängt. Ein Druck auf die Geschwülste schmerzte nicht. Hydatidenschwirren ließ sich nicht wahrnehmen. Die Geschwülste fühlten sich fest an, nur die oberste größte schien zu fluktuiren.

Innerlich fand sich im Douglas'schen Raum ein apfelgroßer, runder beweglicher Tumor. Der Uterus war nach vorn verdrängt und gegen die hinter und über ihm liegenden Geschwülste ziemlich leicht zu bewegen, seine Höhle erwies sich bei der Sondirung als nicht verlängert.

Ich hielt die Tumoren für subseröse, dem Uterus mit dünnem Stiel ansitzende Fibrome und beschloss die Exstirpation.

Nach Incision der Bauchwand trat ein apfelgroßer, von den Blättern des Netzes umsponnener Echinokokkensack in die Wunde. Ich schälte denselben aus seinen Verbindungen heraus und hebelte ihn hervor nach Unterbindung der zuführenden Gefäße. In gleicher Weise wurden noch 10 andere Säcke und darunter auch der große linksseitige herausgeholt, alle mit dem Netz in Verbindung. Zwei von den Säcken platzten dabei und der eine entleerte neben herausspritzendem wasserhellen Inhalt auch verschiedene Tochterblasen, welche aus der Bauchhöhle entfernt wurden. Als die Organe des Beckeneingangs sichtbar wurden, zeigte sich vorn an dem Fundus uteri subserös aufsitzend eine hühnereigroße Echinococcusblase, welche abgebunden und entfernt wurde, sodann fand sich eine etwas kleinere links an den Tubarfimbrien in der Nähe des Ovariums, endlich wurde die größere Blase aus dem Douglas'schen Raum herausgeholt

Die mikroskopische Untersuchung ergab den bei Echinokokken gewöhnlichen Befund.

Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall.

---

1) **Gusserow.** Die Neubildungen des Uterus.

(Handbuch der Frauenkrankheiten red. von Billroth-Lücke. 2. Aufl. II. Bd. 1. Abth.)

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1886.

Die Nothwendigkeit, das Handbuch der Frauenkrankheiten innerhalb weniger Jahre in neuer Auflage erscheinen zu lassen, spricht am besten für die Vorzüge desselben und beweist, dass sein Erscheinen einem wahren Bedürfnis nach einer einheitlichen und erschöpfenden Darstellung der Frauenkrankheiten abgeholfen hat. Mit vollem Recht darf sich das Handbuch den besten Erscheinungen medicinischer Litteratur an die Seite stellen.

Das Gusserow'sche Werk weist alle die Vorzüge auf, die ihm bei seinem früheren Erscheinen nachgerühmt wurden. Allen Fortschritten auf theoretischem, wie praktischem Gebiete gerecht werdend, bietet es ein getreues Bild unserer gegenwärtigen Kenntnisse von den Uterusneubildungen dar. Aus der Fülle des Gebotenen sei hier nur Einiges von vorwiegend praktischem Interesse hervorgehoben.

Bezüglich der Kastration als Blutstillungsmittel wird bemerkt, dass sie zumeist bei kleineren Myomen indicirt sei, die zu starken Blutungen Veranlassung geben und wo die Entfernung der Geschwulst zu gefährlich erscheint, dann auch da, wo die totale Entfernung einer größeren Geschwulst sich als unmöglich erweist. Als ideell richtige Aufgabe sei aber wohl immer die totale Exstirpation des Myoms zu betrachten. Die Mortalität nach Kastration sei immerhin noch 10%.

Die Enukleation interstitieller Myome (von der Scheide aus) hat, wenn sie auch noch sehr gefährlich ist, unter dem Einfluss der Antiseptik und verbesserter Technik günstigere Resultate aufzuweisen. Mortalität der letzten Jahre 14,6—16,0%.

Die Prognose der Laparotomie bei Myomen hat sich gleichfalls gebessert. Mortalität doch noch 35%. Verf. ist für intraperitoneale Stielbehandlung nach vorheriger Abnahme der elastischen Ligatur. Des Weiteren wird die Enukleation der Myome von der Bauchhöhle aus und nach Spaltung der Uteruswand, ferner die Ausschälung der Myome aus dem Beckenbindegewebe, endlich die Totalexstirpation des Uterus bei schwierigen Fällen von Myomen besprochen; letztere Operation wird verworfen. Die Diagnose eines Uterusfibroms darf keineswegs die Indikation zur Entfernung desselben abgeben; erst rasches Wachsthum, sonst nicht zu mäßigende Blutungen etc. bilden eine unbedingte Indikation. Während die Ovariotomie bei jedem größeren Ovarientumor ausgeführt werden muss, wird die Myomoperation nur in den Fällen in Anwendung kommen, die schon durch ihren Verlauf und ihre Symptome die Prognose schlecht erscheinen lassen; schon aus diesem Grunde werden die Myomoperationen nicht gleich günstige Resultate abgeben, wie die Ovariotomien.

Die Myomotomie in der Schwangerschaft ist indicirt, so-

bald die Geschwulst bedrohliche Erscheinungen macht. Der künstliche Abort führt leicht zu schweren Blutungen und zum möglichen Zerfall der Geschwulst.

Bei den Sarkomen wird der papillären hydropischen Formen der Portio besonders gedacht. Die Therapie der Sarkome soll in Totalexstirpation resp. supravaginaler Amputation des Uterus bestehen.

Beim Uteruscarcinom wird die klinische Bedeutung der Ruge-Veit'schen Arbeiten hervorgehoben; der wirkliche anatomische Werth dieser histologischen Forschungen müsse durch weitere Untersuchungen festgestellt werden. Die vaginale Totalexstirpation bei Carcinom wird als vollberechtigte Operation warm empfohlen. In wie weit sie Radikaloperation sei, müsse erst die Zukunft lehren. Betreffs der Wahl der bei Uteruscarcinom in Betracht kommenden Operationen wird bemerkt, dass, wenn die Erkrankung nur die Portio ergriffen habe, die intervaginale Amputation der Portio mit Glühschlinge oder Messer unter Anwendung des Ferrum candens das Beste sei; dieser Eingriff sei nahezu lebenssicher und schütze in hohem Grade vor Recidiven (Braun [Pawlick] hatte unter 136 derartig Operirten 33 definitive Heilungen)[1]. Die Totalexstirpation soll gemacht werden, wenn die Erkrankung den inneren Muttermund erreicht oder gar überschritten hat, ohne gleichzeitig auf das Beckenzellgewebe übergegangen zu sein.

Auch in der Schwangerschaft, wenn sie noch nicht weit vorgeschritten ist, sei die vaginale Totalexstirpation bei Uteruscarcinom angezeigt, nachdem der Abort vorher eingeleitet worden sei. Beim Carcinom des Uteruskörpers soll statt der Amputation des erkrankten Corpus von der Bauchhöhle aus die Totalexstirpation per vaginam vorgenommen werden, da möglicherweise die Erkrankung schon den Cervix ergriffen haben kann.

Schließlich sei auch noch erwähnt, dass das Werk durch eine Anzahl neuer, sehr instruktiver Illustrationen bereichert ist.

**Wiener** (Breslau).

---

## 2) **Wallentin** (Breslau). Menstruatio praecox.

Inaug.-Diss., Breslau.

W. beobachtete in der Praxis von Wiener (Breslau) einen sehr typischen Fall dieser relativ seltenen Anomalie.

Bei dem bei seiner Geburt schwächlichen, zur Zeit $6^1/_2$jährigen Kinde traten mit $1^1/_4$ Jahren periodisch 4wöchentlich wiederkehrende Blutabsonderungen aus den Genitalien von 3—4tägiger Dauer, verbunden mit sexuellen Erregungen ohne sonstige Beschwerden auf. Im Alter von fast 4 Jahren wog es 23 kg, sah älter aus, Brüste stark entwickelt, Mammillae deutlich prominent mit pigmentirtem Hof. Mons veneris flaumig behaart.

---

[1] Ist dies nicht mehr möglich, dann hat man die Wahl zwischen hoher Amputation (Schröder) oder Totalexstirpation. Erstere Operation ist zwar gefahrloser, ob sie aber in gleichem Maße gegen Recidive schützt, ist zweifelhaft.

$6^1/_2$ Jahre alt war es 124 cm groß, wog 28 kg, »macht den Eindruck einer im Wachsthum zurückgebliebenen, sonst aber vollständig ausgebildeten Jungfrau«. Dist. spin. 22 cm, Dist. crist. 23 cm, Diam. Baudel. $14^1/_2$ cm (also ausgesprochen weiblicher Typus des Beckens). Scheide für Zeigefinger durchgängig, 4 cm lang, Uterus im vorderen Scheidengewölbe, Portio grübchenförmig $1^1/_4$ cm lang, Uterus kleinwalnussgroß (also nicht infantil). Geschlechtliche Erregtheit. Geistige Entwicklung dem Alter entsprechend.

Pathologische Störungen als Ursache der Blutungen lagen nicht vor, auch spricht die Periodicität derselben, so wie die sonst gute, ja außergewöhnliche Entwicklung des Kindes dagegen.

Nach Gerhard sind die Maße resp. Gewicht eines normalen Kindes von 6 Jahren 100 cm, 19 kg (hier 124 cm, 28 kg).

W. hält daher mit Recht die Blutung für menstruelle und stützt sich dabei auf eine Beobachtung von Prochownik, der im Einklang mit der Pflüger'schen Ovulationstheorie die Menstruation bei einem 3jährig verstorbenen, seit 2 Jahren menstruirten Kinde eine im Verhältnis zum Alter ganz außergewöhnliche Entwicklung der Ovarien mit reichlichen Einkerbungen und einem frischen Corpus luteum nachzuweisen in der Lage war (Archiv für Gynäkologie Bd. XVII).

Als weitere Beweise für die Ovulation vor der Pubertät führt Verf. eine Zahl von wohlverbürgten Schwangerschaften vor dem 10. Jahre an.

Eine kurze Analyse verschiedener neuerer Fälle aus der Litteratur beschließt die Arbeit. **Hadra** (Berlin).

---

### 3) **Glaser**. Bedeutung des unstillbaren Erbrechens Schwangerer.

Inaug.-Diss., Erlangen, 1885.

Verf. referirt die neueren Arbeiten auf diesem Gebiete und fixirt auf Grund derselben den bekannten Symptomenkomplex: andauerndes Erbrechen unabhängig von der Nahrungsaufnahme, zunehmender Verfall, steigende, nicht von Fieber herzuleitende Pulsfrequenz, sekundäre, als Folge der Inanition auftretende Nephritis mit Verminderung der Diurese bis 240 ccm, deutlichem Eiweißgehalt des Urins und Cylindern in demselben, Gehirnerscheinungen etc. In Bezug auf die Theorie und Ätiologie dieser interessanten Affektion, die noch viel Dunkles bietet, schließt er sich der Ansicht an, dass dieselbe als eine rein reflektorische, zeitweise von pathologischen Erscheinungen im Gebiet der Genitalorgane (Lageveränderung, entzündliche Erscheinungen) abhängige betrachtet werden muss, unter Ausschluss anderer organischer Erkrankungen, speciell des Magens. Die ungünstige Prognose des Leidens ohne energische Intervention geht aus der gesammelten Statistik hervor.

Joulin 121 Fälle 49 = 44% Mortalität, 72 = 56% geheilt, da-

von 31 durch innere Medikation, 41 theils durch spontanen, theils arteficiellen Abort.

Guéniot 110 Fälle. 38 = 32% Mortalität, 72 = 68% geheilt (41 davon durch Abort, in 21 Fällen arteficiell).

Clintock 36 Fälle, davon 27 = 75% durch Abort geheilt.

Cohnstein 200 durch Abort beendete Fälle

40% nach Abort sofortige Heilung,
26% » » unvollkommene Heilung,
18% » » keine Besserung,
4% » » Erbrechen gesteigert,
12% » » gestorben, meist nach kurzer Zeit.

Bei der Machtlosigkeit der internen Therapie (Verf. erwähnt nicht das in neuerer Zeit in derartigen Fällen wohl jedenfalls sowohl per os, als lokal per vaginam zu versuchende Cocain) betont er die Bedeutung des nicht zu lange hinauszuschiebenden künstlichen Aborts oder Frühgeburt, für welche er möglichst strikt präcisirte Specialindikationen wünscht. Als Beispiel einer solchen führt er einen Fall aus der Zweifel'schen Klinik an, in dem die Pat. durch Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 32. Woche der Gravidität geheilt wurde.

Pat., Vpara, seit 8 Jahren an stechenden Seitenschmerzen und Magenbeschwerden, unabhängig von den Menses, dagegen in den letzten Schwangerschaften gesteigert, leidend, bietet jetzt, im 6.—7. Monate gravida, dieselben Beschwerden, verbunden mit reichlichem Aufstoßen, zeitweisen Erbrechen dar. Während der Schmerzparoxysmen Retentio urinae. Recipirt März 1885. Uterus 1 Finger breit über dem Nabel, beide Nierengegenden druckempfindlich. Blase scheint selbst frei. Urin trüb, übelriechend, reichlich eiweißhaltig, mikroskopisch Eiter und Blutkörperchen, Plattenepithel, kolikartige Schmerzen mit Aufstoßen und Verminderung der Urinausscheidung. Durch Opiate Besserung, aber nach mehreren Wochen wieder Exacerbation mit heftigen Schmerzen im Verlauf der Ureteren und reichlichem Erbrechen (auf Harnstoff oder Ammoniak anscheinend nicht untersucht, Ref.) trotz Morphium-Chloral, wesshalb nach ca. 10tägigem fortwährendem Erbrechen zur künstlichen Frühgeburt geschritten wird, welche, mit einem Bougie eingeleitet, nach $19^1/_2$ Stunden ein lebendes unreifes Kind, welches nach 48 Stunden stirbt, fördert. Reaktionsloses Wochenbett, Erbrechen lässt allmählich völlig nach, Entlassung am 10. Tage. Über den Befund des Urins bei der Entlassung, eventuelle Pyonephrose etc., nichts angegeben.

Ein Parallelfall aus der Litteratur von Horwitz (Nephritis mit Lithiasis renalis, Hydronephrose, Urämie durch Sektion verificirt, wird angeführt.

(Die Berechtigung zur künstlichen Frühgeburt in diesem Falle dürfte wohl unbestritten sein. Jedoch gehört derselbe wohl überhaupt im strengen Sinne nicht unter die Rubrik des »unstillbaren Erbrechens«, von der die Arbeit doch eigentlich handeln soll. Verf.

definirt selbst dasselbe als ein reflektorisch von den Genitalorganen hervorgerufenes, ohne specielle anderweitige Organerkrankung. Hier aber haben wir es mit einer schon jahrelang bestehenden, durch Druck auf die Ureteren durch den wachsenden schwangeren Uterus gesteigerten und zu subakuten urämischen Erscheinungen im 6.—7. Monat führenden Pyelonephritis cum graviditate zu thun, wie G. selbst auch richtig bemerkt.

Das Krankheitsbild hat für die Gravidität gar nichts Specifisches. Jeder Tumor in abdomine, der bei schnellem Wachsthum auf die Harnleiter drückt, würde dasselbe in gleicher Weise hervorrufen können und wie im obigen Fall zur Druckentlastung die künstliche Frühgeburt seine Entfernung auf operativem Wege indiciren).

**Hadra** (Berlin).

---

## 4) **Schwarz.** Zur Ätiologie der Ischurie im Wochenbett und nach der Exstirpation resp. Punktion großer Unterleibstumoren, nebst Bemerkungen über den Mechanismus der Urinentleerung überhaupt.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1886. Bd. XII. p. 86.)

Krankenbeobachtung und Experiment haben S. gelehrt, dass das so häufige Unvermögen der Wöchnerinnen und Laparotomirten, zu uriniren, weniger in Knickungen der Harnröhre (Olshausen), als in der bedeutenden Herabsetzung des intraabdominellen Druckes nach Geburten und nach plötzlicher und bedeutender Verringerung des Bauchhöhleninhalts bei Operationen zu suchen ist. Diese Behinderung der Urinentleerung ist zuweilen bei Frauen mit schlaffen Bauchdecken schon bei bloßer Rückenlage vorhanden. Nicht durch die Aktion der Blasenmuscularis wird der Urin entleert, sondern durch die Einwirkung des intraabdominellen Druckes auf die gefüllte Blase. Die Blasenwand scheint sich bei der Entleerung rein passiv zu verhalten. Durch die ihr aufliegenden Darmschlingen resp. andere Abdominalorgane werden die Blasenwandungen allseitig komprimirt, die seitlichen werden etwas nach innen, die obere Wand wird nach unten in den konkaven Abschnitt der Blase hineingedrängt. Demnach ist die Blase nicht als ein eigentliches Exkretionsorgan, sondern nur als ein bloßer Behälter zu betrachten, in dem sich der Urin zur periodischen Ausscheidung ansammelt. Bei Hunden konnte Verf. nach Eröffnung der Bauchhöhle eine gleichmäßige, stärkere, spontane Kontraktion der Blasenwand mit Entleerung des Urins nicht beobachten.

Zur Stütze seiner Ansicht führt S. u. A. Folgendes an: Beim Katheterisiren in horizontaler Lage und ruhender Bauchpresse fließt der Urin nur so lange ab, als die Ausflussöffnung des Katheters tiefer liegt, als der Urinspiegel in der Blase. Bringt man beide au niveau, oder die Ausflussöffnung etwas höher, als jenen, so stockt der Ausfluss vollkommen. Ferner können Frauen mit Cystocele

vaginalis nur den oberen, an normaler Stelle liegenden Blasenabschnitt entleeren, da der prolabirte Theil der Einwirkung des intraabdominellen Druckes entzogen ist. Nähme die Blase bei der Entleerung Kugelgestalt an, so müsste sich die Cystocele spontan zurückziehen und der Urin auch aus ihr entleert werden. Beweisend ist auch folgender Versuch: Bringt man gleichzeitig je ein Wassermanometer in Kommunikation mit der mäßig gefüllten Blase und dem Rectum, dann stehen die Flüssigkeitsspiegel in beiden Manometern gleich hoch, sowohl bei der Aktion der Bauchpresse, als während der Ruhe derselben. Fände eine aktive Kontraktion der Blase statt, dann müsste der intravesicale Druck höher, als der intraabdominelle sein. Schließlich sucht Verf. die Ursache des Urindranges ebenfalls im intraabdominellen resp. intravesicalen Drucke, der in aufrechter Stellung mit weit größerer Kraft den Urin in die Urethra einpresse, als in horizontaler Lage, daher bei ersterer Position der Urindrang viel früher und stärker eintrete, als bei letzterer. (Ref. möchte bemerken, dass Schwäche resp. Mangel der Bauchpresse als Ursache der Harnverhaltung im Wochenbette bereits von Spiegelberg, Lehrbuch der Geburtshilfe 1878 p. 212 und 693 erwähnt wird).

**Wiener** (Breslau).

---

## 5) A. Sommer. Ein neuer Beitrag zur Frage von der Stichhaltigkeit der Lungenschwimmprobe.

(Eulenburg's Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medicin u. öffentl. Sanitätswesen N. F. Bd. XLIII. Hft. 2.)

Verf. führte in der Frauenklinik zu Dorpat an zwei todtgeborenen Kindern je etwa 30 Schultze'sche Schwingungen aus. Sowohl vor als während derselben wurden mit Hilfe eines Trachealkatheters reichliche Mengen durch Meconium grünlich gefärbten Schleimes und Fruchtwassers aspirirt, wobei keine Luft in die Lungen gelangte. Ähnliche Mengen traten im ersten Falle auch während der Schwingungen aus der Nase heraus. Während vor Beginn des Versuches im zweiten Falle die Perkussion auf der Brust des Kindes überall Dämpfung ergab, war nach Beendigung desselben fast überall innerhalb der normalen Lungengrenzen sonorer Perkussionsschall zu hören. Bei der Sektion zeigte sich in beiden Fällen das Gewebe der Lungen lufthaltig; sie schwammen sowohl ganz als in kleine Stücke zerlegt in Wasser, von der Schnittfläche entleerte sich schaumige Flüssigkeit.

In beiden Fällen ist die Möglichkeit eines intra-uterinen Luftathmens ausgeschlossen. Im ersten Falle (Placenta praevia) erfolgte der Tod der Frucht in der intakten Eiblase in Folge von Asphyxie; der größte Theil der Placenta hatte sich, nach den vorhergegangenen wiederholten starken Blutungen zu schließen, schon geraume Zeit vor der Entbindung von der Uteruswand gelöst, so dass die placentare Athmung, wenn auch nicht ganz aufgehoben, so doch stark beeinträchtigt war. Im zweiten Falle starb der zum Versuch verwandte nahezu reife zweite Zwilling an Asphyxie zu einer Zeit, wo der

Kopf des ersten in der Beckenhöhle sich befand und von dem noch nicht vollkommen erweiterten Muttermunde eng umschlossen war; hier gelang es durch die Auskultation, den Zeitpunkt des Todes (3 Stunden vor der Geburt) genau zu bestimmen.

Es lässt sich also durch Schultze'sche Schwingungen Luft in die Lungen reifer oder nahezu reifer todtgeborener Kinder bringen; die Lungen dieser Kinder bieten dasselbe anatomische Bild, wie die Lungen lebendgeborener Kinder, die bald nach der Geburt an den Folgen unvollkommener Athmung zu Grunde gehen, eine Thatsache, die den Werth der Lungenschwimmprobe für den praktischen Gerichtsarzt bedeutend herabsetzt.

Im ersten Falle waren durch die Schwingungen auch so große Mengen Luft in den Magen gelangt, dass er schwamm.

**Weidlich** (Breslau).

---

## 6) **Lecorché.** Der Diabetes in seinen Beziehungen zu den weiblichen Genitalorganen.

(Annales de gynécol. 1885. Oktober.)

Die vorliegende Besprechung geschieht im Anschluss an 114 Beobachtungen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (70 unter 114) erfolgt der Diabetes nach Cessation der Menses; bei Frauen, die noch menstruiren, tritt aber die Krankheit in um so schlimmerer Form auf. Ekzem der Vulva (Pruritus) wurde in fast einem Drittel der Fälle beobachtet, jedoch fast ausnahmlos bei Frauen, welche das 40. Lebensjahr überschritten hatten. Wenn auch Ekzem und Pruritus oft die ersten Verdachtsmomente für das Bestehen eines Diabetes abgeben, so treten sie doch, wie die genauere Anamnese ergiebt, meist erst 3—4 Jahre nach Beginn der Erkrankung auf. Verf. neigt zu der Ansicht, dass es weniger der direkte Kontakt des zuckerhaltigen Urins ist, welcher die Reizung der Vulva hervorruft, sondern vielmehr die durch ihn begünstigten Fermentbildungen.

Die häufig beobachteten Schleimhauterkrankungen des Uterus glaubt L. durch die gemeinsame Ursache bedingt, wie die beim Diabetes vorkommenden Affektionen anderer Schleimhäute (Pharynx, Bronchien) der Haut (Furunkulose).

Tritt die Krankheit im geschlechtsreifen Alter auf, so alterirt sie die Menstruation; diese wird in der Mehrzahl der Fälle spärlicher und schmerzhaft; die Menopause kann vorzeitig eintreten. Der Diabetes verringert zwar die Möglichkeit der Konception, hebt sie jedoch nicht auf, wie 7 Beobachtungen lehrten; bei 5 von diesen wurde das normale Schwangerschaftsende erreicht, bei je einer der 9. und 8. Monat. Die Kinder waren schlecht entwickelt, bei 2 bestand Hydrocephalus. Auf den weiteren Verlauf des Diabetes scheint die Konception von entschieden ungünstigem Einfluss zu sein. Wenn auch nach der Geburt ganz vorübergehend ein Sinken des Zuckergehaltes vorkommen kann, so erfolgt doch nachher eine um

so stärkere Exacerbation. Eine vorübergehende Abnahme konnte in mehreren Fällen auch unmittelbar nach der Menstruation konstatirt werden.

**Skutsch** (Jena).

---

7) **H. W. Freund** (Straßburg). Das Hebammenwesen in Straßburg.

(Archiv für öffentl. Gesundheitspflege Bd. X.)

Dieser als Festschrift für die Naturforscherversammlung 1885 in Straßburg der Feder des Sohnes des berühmten Straßburger Gynäkologen entsprungene Essai schildert in anziehender, gründlicher, durch intensives Quellenstudium gestützter Weise die Entwicklung dieses wichtigen hygienischen Faktors von der Eröffnung der Hebammenschule im Jahre 1737 (der ersten derartigen Institution unter Städten deutscher Zunge) bis in die neueste Zeit.

In Bezug auf die kulturhistorisch interessanten Details sei auf das Original verwiesen. Bezeichnend für den stets deutsch gebliebenen Charakter des Elsass namentlich in der Landbevölkerung ist, dass der Hebammenunterricht fast während der ganzen Dauer der französischen Oberherrschaft bis 1870 in deutscher Sprache gegeben werden musste, und nur selten parallele französische Kurse für aus Lothringen und einzelne Theile des Oberelsass stammende Zöglinge stattfanden.

**Hadra** (Berlin).

---

8) **Fischel** (Prag). Zur Kenntnis des in Uterusfibromen vorkommenden Peptons.

(Zeitschrift für physiologische Chemie Bd. X. Hft. 1.)

F. hat bei einem 650 g schweren Myom durch Zerkleinern und Übergießen mit 30° C. warmen Thymolwasser nach 4 Stunden im eiweißfreien Filtrat Pepton durch die Biuretreaktion nachgewiesen, nach Eindampfen und weiterer chemischer Behandlung sehr deutlich auch die Millon'sche Xanthoproteinreaktion erhalten. Menge durch Polarisation auf 0,08 g geschätzt.

Nach der 4stündigen Extraktion selbst durch Kochen kein Pepton mehr aus den Geweben zu extrahiren.

Dass das Pepton nicht aus den Lymph- oder Blutgefäßen des Tumors, sondern aus dem Gewebe stammt, hat F. in früheren Untersuchungen nachgewiesen.

**Hadra** (Berlin).

---

## Kasuistik.

9) **C. Fleischmann.** Ein Beitrag zur Kasuistik der Collumdehnung und der Uterusruptur.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. VI. p. 287.)

1. Fall: 38jährige Ipara. Conj. vera 7,7—8,2 cm, 27 Stunden nach Weheneintritt und 10 Stunden nach dem Blasensprung Bandl'sche Furche unterhalb der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Missglückter Zangenversuch. Perforation und Kranioklasie. Wochenbett normal.

2. Fall: 28jährige IIpara. Vorlagerung der Nabelschnur. Reposition, Sprengen der Fruchtblase. Nach Stärkerwerden der Wehen Fixation des Kopfes, Rechtsneigung des Uterus und linksseitige Collumdehnung. Der Uterus wird manuell in richtiger Stellung fixirt und 5/4 Stunden später ein 3050 g schwerer Knabe spontan geboren.

3. Fall: 39jährige Vpara. Viermal spontan lebende Kinder geboren. 28 Stunden nach Wehenbeginn, 24 Stunden nach dem Blasensprung 2 Finger breite Bandl'sche Furche in der Nabelgegend. 1. Lage, Kopf über Beckeneingang. Conjugata vera 8,2—8,7 cm, Muttermund handtellergroß. Vorderscheitelbeineinstellung mit Tiefstand der großen Fontanelle. Morphium. Manuelle Fixation des Uterus. 15 Stunden später Zange an den hochstehenden Kopf, der gleich bei der ersten Traktion in die Beckenhöhle tritt. Abnahme der Zange. Nächste Wehe bringt den Kopf zum Durchschneiden. Nachblutung. Placentalösung. Leichtes Fieber im Wochenbett. Verf. spricht sich auf Grund dieser Beobachtung dahin aus, dass man unter all den angeführten ungünstigen Umständen nicht zu den Achsenzugzangen greifen müsse.

4. Fall. 35jährige VIpara. 5mal leicht lebende Kinder geboren. Schwache Wehen seit 8 Tagen, stärkere seit 37 Stunden, Blasensprung vor 18 Stunden. Bei demselben Nabelschnurvorfall. 5/4 Stunden nachher hörten die Kindsbewegungen und die Wehen auf. Schmerz in der Magengegend, mehrmaliges Erbrechen. Status beim Eintritt in die Klinik: eine gleichmäßige Resistenz vom Poupart'schen Bande bis zum Rippenbogen, in der rechten Fossa iliaca ein kleinerer harter Körper, die hintere Scheidenwand durch eine weiche wurstförmige Anschwellung im Douglas nach vorn gedrängt. 3 cm oberhalb des äußeren Muttermundes der Kindskopf zu erreichen, der nach links abgewichen ist, rechts neben demselben beide Füße. An der vorderen Collumwand ein quer verlaufender stark klaffender Riss, durch welchen der Rumpf und die Placenta in die Bauchhöhle ausgetreten sind. Wendung und Extraktion. Nach Entfernung der Placenta Thymolirrigation der Wundhöhle. Gummidrain. Exitus am 2. Tage.

Obduktion bestätigt den Riss. Der rechte Eierstock in ein mehrfach eingerissenes Kystom verwandelt. Becken normal.

Anschließend an diesen Fall giebt Verf. eine tabellarische Übersicht über 73 Collumrisse, davon 16 der Breisky'schen Klinik entstammen, und entnimmt derselben das Resultat, dass von 18 vorn sitzenden kompleten Rissen alle tödlich verliefen, von 14 hinten sitzenden nur 9. Unter den ersteren wurden 5 mit Drainage behandelt, unter den letzteren ebenfalls 5, die alle genasen. Desshalb hält F. bei hinten sitzender kompleter Uteruszerreißung die Drainage für wohl berechtigt.

**W. Fischel** (Prag).

## 10) **Boissarie.** Tamponade und Septikämie.

(Annal. de gynécol. 1885. November.)

Ein so schätzbares, oft sogar unentbehrliches Mittel wir auch in der Tamponade der Vagina bei Blutungen besitzen, so gefährliche Konsequenzen kann diese Behandlung nach sich ziehen, wenn sie in unvernünftiger Weise gehandhabt wird. B. giebt hierzu einen Beleg.

Es handelte sich um eine 36jährige Frau, welche an äußerst profusen Metrorrhagien litt, bedingt durch Uterusmyome. Als B. zu der Pat. gerufen wurde, fand er das ausgesprochene Bild der septischen Peritonitis; seit 7 Tagen hatten die Tampons gelegen; sie waren mit stinkendem, zersetztem Blut durchtränkt. Noch an demselben Tage erfolgte der Tod. **Skutsch** (Jena).

## 11) **Matweff** (St. Petersburg). Parotitis nach Ovariotomie.

(Annal. de gynécol. 1885. August.)

Verf. fügt zu den durch Möricke aus der Schröder'schen Klinik berichteten 5 Fällen (s. Ref. dieses Centralbl. 1880 No. 22) 2 neue hinzu. Ohne dass gleichzeitig eine Epidemie von Parotitis herrschte, erfolgte die Erkrankung im Anschluss an die Ovariotomie. In beiden Fällen war die Affektion eine doppelseitige; beide

Mal erfolgte Heilung, in dem einen Fall mit Abscedirung. In einer Anmerkung, welche die Redaktion der Arbeit beifügt, wird die Zahl der Fälle noch durch 2 von Macdonald beobachtete vermehrt. **Skutsch** (Jena).

12) **Sonrier.** Unstillbares Erbrechen in der Schwangerschaft; Tod.

(Gaz. des hôp. 1885. No. 47.)

Verf. beschreibt einen Fall von unstillbarem Erbrechen, in welchem die Kranke trotz medikamentöser Behandlung zu Grunde ging. Er knüpft daran die Bemerkung, dass man sich zeitig genug zum energischen Eingreifen entschließen müsse, und zwar sei zunächst die Cervixdilatation nach Copeman zu versuchen; bleibt der Erfolg aus, so sei die Kauterisation der Portio und schließlich die Einleitung des künstlichen Aborts vorzunehmen. **Toporski** (Posen).

13) **A. Bidder.** Über die Entstehung und Heilung eines Anus praeternaturalis colo-utero-vaginalis (resp. Dickdarm-Gebärmutter-Scheidenfistel).

(Langenbeck's Archiv Bd. XXXII. Hft. 3.)

Bei einer gesunden, normal gebauten Erstgebärenden, welche nach vorzeitigem Wasserabfluss spontan und relativ schnell entbunden hatte, war auf unerklärliche Weise eine Uterusruptur entstanden, durch die ein Stück Dickdarm in die Uterushöhle gelangte. Die Uterusruptur selbst hatte keine Symptome gemacht; die Darmschlinge hatte wohl bald die Wunde tamponirt und war allmählich abgeklemmt worden. Es entstand eine linksseitige Peri- resp. Parametritis, welche zu einer Verklebung der Dickdarmwände führte. Durch den nachfolgenden Koth wurden wahrscheinlich die verklebten Darmwände mortificirt und so eine Verbindung hergestellt zwischen dem oberen Darmstück und dem Rectum unter Ausschluss des abgeklemmten Darmstücks. Da Symptome einer Darmocclusion nie vorhanden waren, ist dies jedenfalls sehr schnell vor sich gegangen. Nach Ablauf des parametritischen Processes wurde eine bedeutende Vergrößerung des Uterus bemerkt. Die Pat. fieberte stark, litt auch nach der Entwöhnung an Schmerzen in den Brüsten, Harnbeschwerden, Uterinkoliken, schmerzhafter Peristaltik und retardirtem Stuhlgang. Nach Dilatation des Uterus fand sich an der linken hinteren Wand ein weicher Tumor, der mit der Schere entfernt und sich als Dickdarm erwies. So entstand eine offene Kommunikation zwischen Darm und Uterushöhle und eine heftige Beckenphlegmone, deren Folge wiederum eine Nekrose der linken Hälfte des Cervix und des angrenzenden Theiles der Vagina war; durch das so entstandene Loch gelangte man mit dem Finger in das Colon descendens. Durch diesen Anus praeternaturalis colo-utero-vaginalis ging aller Koth unwillkürlich ab, da die gegenüber liegende Darmwand das Rectum vollständig verdeckte. Dagegen hörte der Abgang von Koth und Flatus durch den Uterus, was nach der Entfernung des Darmes eingetreten war, nun vollständig auf; der Uterus bildete sich zurück und die Menstruation trat regelmäßig ein. Versuche, diesen Anus praeternaturalis in eine Darmfistel umzuwandeln, gelangen nur theilweise; wegen der ungünstigen Lage der Fistel zeigte der Darminhalt stets mehr Neigung, sich durch die Fistel zu entleeren, daher ein Verschluss derselben dringend geboten war. Nach mehrfachen vergeblichen Versuchen wurde derselbe in der Weise vorgenommen, dass die Darmwand von Vaginal- und Uteruswand abpräparirt und in das Darmlumen zurückgestülpt wurde; sie legte sich so koulissenförmig über die in das Loch geschobene Fingerspitze, dass der vom Uterus abgelöste Theil den anderen wie ein Vorhang überragte. Ein Versuch, die wunden Flächen dieser Darmwandkoulissen durch versenkte Nähte zu vereinigen, misslang, dagegen wurden Vaginal- und Uteruswand durch die Naht vereinigt. Eine stenosirende, klappenförmige, dicke Querfalte des Darmes im obersten Theile des Rectums, die nach Schluss der Fistel Beschwerden bei der Stuhlentleerung machte, wurde mittels der elastischen Ligatur durchschnitten und so nach 5jähriger Krankheitsdauer vollständige Heilung erzielt. **Weidlich** (Breslau).

**14) F. L. Neugebauer jun.** (Warschau). Beinhalter für gyniatrische Operationen in der Steißrücken- und Steinschnittlage.

(Illustrirte Monatsschrift für ärztl. Polytechnik 1885. Jahrg. VII.)

In Erinnerung eines in London gebräuchlichen Apparates hat N. einen, dem von Sänger auf der Naturforscherversammlung zu Magdeburg 1884 empfohlenen ähnlichen, beinhaltende Assistenten oder größere Untersuchungsstühle entbehrlich machenden, einfachen und billigen Apparat konstruirt. Derselbe besteht aus einem stählernen, zu verlängernden Beinspreizer mit Lederhülsen für den Oberschenkel, welche in flektirter, beliebig abducirter Stellung durch einen um den Schultergürtel der Pat. laufenden, beliebig zu schnallenden Lederriemen am Körper der Pat. selbst fixirt werden.

N. sieht im Gegensatz zu Sänger in dieser Befestigung am Körper der Pat. keinen Nachtheil, sondern einen Vorzug, da die Stellung der Beine zum übrigen Körper selbst bei Bewegungen unruhiger Pat. dieselbe bleibt. Die Vorzüge dieses Apparates im Vergleich zum Sänger'schen in Bezug auf die Narkose sind Ref. unerfindlich. **Hadra** (Berlin).

**15) Lesser** (Berlin). Demonstration einiger Verletzungen der Geschlechtstheile, bedingt durch instrumentelle Provokation des Aborts.

(Aus den Verhandlungen des preußischen Medicinalbeamtenvereins 1885.)

L. zeigt die Abbildungen von 9 von ihm selbst in 7jähriger Thätigkeit am Institut für Staatsarzneikunde beobachteten derartigen Läsionen und giebt ein Bild des dabei vorkommenden pathologisch-anatomischen Befundes, unter gleichzeitiger Benutzung zweier anderer ihm zur Veröffentlichung überlassener und der nur 28 in der Litteratur der letzten 20 Jahre bekannten Fälle.

Da in den meisten mehrfache Verletzungen beobachtet sind, so verzeichnet er 37 Kontinuitätstrennungen des Gebärmutterhalses und unmittelbar daran anstoßender Körperpartien (20 eigene), 26 solche der übrigen Theile des Körpers (10 eigene) und 12 der Scheide (8 eigene).

Die Verletzungen stellten meist rinnenförmige, z. Th. kanalartige, buchtige Stich- und Risswunden dar, vorzugsweise in der hinteren Cervikalwand, z. Th. mit vollständiger Perforation derselben, meist von außen nach innen, sogar Abreißungen des Vaginalansatzes, zeitweise Durchbohrungen in die Parametrien oder die Peritonealhöhle. In den meisten Fällen waren die Wunden diphtheritisch belegt, die Kranken gingen an septischer Infektion zu Grunde, größtentheils erst nach längerer Zeit (von 25 Stunden bis 31 Tagen, meist 2—3 Wochen). Über die Art des vorausgegangenen Traumas war nur selten etwas zu eruiren, einige Mal wurde eine Stricknadel, ein Draht, eine Spitze, durch welche Einspritzungen erfolgten, angegeben. Auch über die Zeitdauer von dem Eingriff bis zum Eintritt des Aborts ließ sich nur in relativ wenig Beobachtungen (11) Sicheres eruiren. Eine direkte Abhängigkeit des schnellen Eintritts des Aborts von der Schwere der Verletzung, namentlich solchen des Uteruskörpers ist nicht erweislich, jedenfalls nicht konstant, ein Faktum, welches nicht weiter verwunderlich, wenn wir bedenken, dass für die Schnelligkeit der Wehenauslösung vor Allem ausgedehnte Ablösung des Eies resp. der Placenta in Frage kommt, Durchbohrung der Eihäute etc., Momente, für die die spätere anatomische Untersuchung des Uterus keine Anhaltspunkte giebt. Damit stimmt es auch überein, dass bei arteficiellen glücklich verlaufenden Aborten, wenn nur obige Bedingungen erfüllt sind, die Frucht oft sehr schnell ausgestoßen wird. **Hadra** (Berlin).

**16) Obaliński** (Krakau). Darmocclusionssymptome hervorgerufen durch Berstung eines extra-uterinen Fruchtsackes. Laparotomie. Tod.

(Przegląd lekarski 1885. No. 25.)

Eine 30jährige Pat., welche mehrere Male geboren und seit 3 Monaten nicht menstruirt ist, wurde auf die chirurgische Station aufgenommen, da sie laut An-

gabe seit 6 Tagen an Leibschmerzen und Stuhlverstopfung litt, was weder durch Laxantien noch durch Massenklystiere gehoben werden konnte.

Unterleib mäßig gespannt, schmerzhaft und dies besonders im linken Hypogastrium, wo auch ein flacher, tief im Becken sitzender Tumor palpirt wird; Kräfteverfall bedeudend, Puls klein, fadenförmig, kaum zählbar, Körpertemperatur normal, Erbrechen seit 2 Tagen.

Es wurde die Diagnose auf Darmocclusion in gravida gestellt (ohne näheren Aufschluss über die Art des Verschlusses) und die Laparotomie beschlossen, dies um so mehr, als auf der Station kurz vorher mehrere Fälle von intestiner Darmocclusion mit Erfolg operirt wurden.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand man mehrere handtellergroße Blutcoagula und die Gedärme normal. Die in der Richtung des erwähnten Tumors geführte Hand brachte neue Blutgerinnsel und viel flüssiges Blut zum Vorschein, zuletzt aber auch einen 12 cm langen Fötus und die schon gelöste Placenta. Nach Entfernung der Coagula keine frische Blutung. O. fasste den Entschluss, den Fruchtsack zu drainiren, wobei das Drainagerohr durch die Vagina herausgeführt und der Fruchtsack von oben her ganz vernäht werden sollte, doch ließ er davon ab und nähte schnell die Bauchwunde zu, da trotz Äther- und Kampherinjektionen der Collaps immer größer ward. Tod nach 3 Stunden. Bei der Nekroskopie wurde eine Graviditas tubo-abdominalis sinistra, Spuren von Überwanderung des Eies und ein dem zweiten Monate der Schwangerschaft entsprechend vergrößerter und eine Decidua enthaltender Uterus gefunden.

Mit Hinweisung auf den Wheeler'schen Fall (siehe dieses Centralblatt 1880 p. 484) hebt Verf. die Seltenheit solcher Symptome hervor und ist geneigt, dieselben durch Druck des durch Blutcoagula sehr ausgedehnten Fruchtsackes auf die Gedärme, so wie durch die gleichzeitig auftretende Anämie zu erklären.

**J. Rosner** (Krakau).

17) **Krysińsky.** Ein Fall von Schleimhautkrebs des Uterus.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. Hft. 1.)

Der Fall stammt aus der Klinik des Geh. Hofrathes Prof. Dr. B. S. Schultze.

Eine 50jährige Nullipara, welche seit 10 Jahren an profusen Blutungen litt und bei welcher ein Tumor in abdomine konstatirt war, wird, da die Erscheinungen sich verschlimmerten, der Jenenser Klinik unter der Diagnose »Uterusmyom« zugeschickt. Hier findet sich ein medianer, 11 cm die Symphyse überragender Tumor in unmittelbarem Zusammenhange mit der Portio, deren vordere Lippe stark erodirt und verhärtet ist; zu beiden Seiten des Tumors je ein frei beweglicher, über walnussgroßer Knoten: sonst Parametrien und Scheidengewölbe frei. Die mikroskopische Untersuchung eines der vorderen Lippe entnommenen Gewebsstückes zeigt einen von der Schleimhaut entspringenden Drüsenkrebs der Portio. Der Kürze wegen sei hier mit dem Verf. das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung dieses Stückes angeführt:

»1) Die massenhaft neugebildeten und auf die sonderbarste Art und Weise verknäuelten Drüsen füllen in der ganzen Ausdehnung die Lippe aus;

2) die Alveolen mit den innen liegenden Drüsen nehmen mehr als zwei Drittel der ganzen Lippe ein, was nur durch den Schwund der Muskulatur zu erklären ist;

3) nirgends ist mehr eine Spur von der Ringmuskulatur des Sphincter uteri vorhanden, wie es der gänzliche Mangel der quer getroffenen Muskelfasern auf diesen zur Uterusachse parallelen (auf der Lippe senkrechten) Schnitten beweist;

4) sind die Drüsen hauptsächlich üppig von der inneren Seite (Cervikalkanalseite) entwickelt, während ihre Menge gegen die äußere Seite allmählich abnimmt;

5) gelangen die Drüsen nirgends mit dem stellenweise noch erhaltenen Plattenepithel der Portio in Berührung;

6) das die Drüsen auskleidende Epithel ist durchweg mehrschichtig und gänzlich mit einander konfluirt und zwar so vollkommen, dass man die einzelnen Zellen nicht mehr abgrenzen kann, obgleich die großen, ovalen, peripherwärts gelagerten

Kerne dieser Zellen nicht nur ganz scharf und leicht abgrenzbar sind, sondern auch eine Kernmembran aufweisen;

7) durch die weitere Wucherung dieser Drüsenzellen werden allerlei solide Zellenhaufen gebildet, welche eben so in die Drüsen, wie auch zwischen dieselben eingelagert sind, und endlich

8) ist die zellige Neubildung (Drüsen, Zapfen, Kolben, Nester etc.) weit über die Grenzen des normalen Drüsenbestandes vorgedrungen und hat ein fremdes Gewebe (die Ringmuskulatur) zerstört, um dessen Stelle einzunehmen.

Wegen der Schwäche der Pat. wird vorläufig von der Totalexstirpation des Uterus Abstand genommen und unter der diätetischen und medikamentösen (Ergotin) Behandlung erholt sich die Kranke, ist fieberlos, nimmt an Gewicht zu und die Blutungen sistiren fast vollständig. 3 Monate nach der Aufnahme wird wegen Enge und Unnachgiebigkeit der Vagina die Freund'sche Operation vorgenommen; $1^1/_2$ Stunden post operationem Exitus ohne nachweisbare Ursache.

Der Uterus ist weit über die Größe eines frisch puerperalen gleichmäßig vergrößert, die Tuben auf beiden Seiten gerade gestreckt, ihre Ampullen beiderseits in walnussgroße, frei schwebende Tumoren umgewandelt; Ovarien atrophisch, Uterus wie Tubentumoren mit dünner, schwarzbrauner Flüssigkeit erfüllt. Uteruswände bis 5 cm dick. Mikroskopische Schnitte der Uterusmuskulatur ergeben denselben Befund wie an der Portio; die Drüsen sind unmittelbar bis unter die Serosa eingewuchert und nehmen vom Uteruscavum gegen die Serosa allmählich ab. Von einer typischen Muskelanordnung ist nichts mehr zu erkennen. Die Ovarien zeigen nur senile Involution ohne pathologische Veränderung.

Es handelt sich also hier um eine gleichmäßige Hyperplasie aller Uteruswände, die weder durch Tumoren im diffusen Zustande, noch durch das Puerperium zu erklären sind. K. glaubt, den Befund folgendermaßen deuten zu müssen: »In Folge einer seit langer Zeit vorhandenen chronischen Endometritis entwickelte sich eine chronische Metritis, die schon vor Jahren zur bedeutenden Vergrößerung und Verhärtung des Uterus geführt hat. Die durch die langjährige glanduläre Endometritis tief veränderte Schleimhaut entartete dann carcinomatös. Das diffuse Carcinom, indem es mit den Drüsen in die Muscularis hineinwucherte, bedingte einen neuen Reiz, der zur weiteren Vergrößerung des Uterus geführt hat. Die Tubentumoren könnten demnach als Retentionscysten, der Tubenverschluss durch fortgeleitete Salpingitis bedingt erklärt werden.« **Menzel** (Görlitz).

18) **J. Greigh Smith.** Erfolgreiche Operation bei Extroversion der Blase.

(Lancet 1885. Juli 4.)

Verf. behandelte ein 3jähriges Kind mit Cystocele. Defekt der Schambeinknochen 1 Zoll. Taubeneigroßer Tumor; die Ureterenmündung war durch Falten verlegt. Rudimentäre Vagina. Kein Uterus zu fühlen; übermäßige Entwicklung der Labia majora und Hypertrophie der Labia minora. Prolaps des Rectum bei jeder Darmentleerung.

Die Heilung von dem Leiden wurde nach 3maliger Operation erzielt. In der ersten Sitzung veranlasste die zu starke Blutung bei der Urethrabildung zum Aufhören. In der zweiten Sitzung wurde aus der rudimentären Vagina eine Urethra gebildet, die Blase als solche reponirt und mit Haut eine Überkleidung der Blase geschaffen; in der dritten Sitzung wurde am unteren Abschnitt der Blasenüberdachung, wo sich der Lappen zurückgezogen hatte, eine Nachoperation gemacht. Der Enderfolg war ein günstiger, indem ein vollständiger Verschluss der Blase und eine mindestens 1 Zoll lange künstliche Urethra erzielt wurde. Verf. operirte früher 2mal glücklich bei einem männlichen Individuum.

**Düvelius** (Berlin).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

**Zehnter Jahrgang.**

**Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.**

**No. 9. Sonnabend, den 27. Februar. 1886.**



## Die forensische Bedeutung des Hämatoms des Sternocleidomastoideus am neugeborenen Kinde.

von

**Otto Küstner.**

In den meisten Publikationen[1] über das Hämatom des Sternocleidomastoideus finde ich die Ansicht vertreten, dass diese Affektion die Folge starker Dehnung des Muskels sei.

Das ist richtig.

In allen diesen selben Publikationen aber ist implicite oder explicite die Ansicht vertreten, dass es ein in der Längsausdehnung des Halses wirkender manueller oder instrumenteller Zug gewesen sei, wodurch solche excessive und lädirende Dehnung des Sternocleidomastoideus erzeugt wurde, ein Zug, der, je nachdem die Geburt in Unterendlage oder Kopflage verlaufen war, am Rumpf oder Kopf angebracht gewesen sein konnte.

Diese Ansicht ist falsch.

Bei der hohen forensischen Bedeutung dieser Frage lohnt es sich, ihr entgegenzutreten. Das ist die Aufgabe der folgenden Zeilen.

Diese zu bekämpfende Ansicht, dass das Hämatom im Sternocleidomastoideus des Neugeborenen ausnahmslos als das Resultat von Traktionen gilt, ist inaugurirt durch die ersten Publikationen über

[1] Die Litteratur findet man angegeben in Spiegelberg, Lehrbuch der Geburtshilfe. 2. Aufl. p. 732: Außerdem Archives de Tocologie 1885. März. p. 276 und Olshausen, Klinische Beiträge 1884. p. 202.

diese Verletzung, welche von Niemand anders, als den beiden großen Chirurgen Dieffenbach und Stromeyer ausgingen und über welche ein späterer Autor, Bohn, 1864 sagt: »Dieffenbach und Stromeyer haben bezüglich der Ätiologie sofort die richtige Fährte betreten, indem sie die Geschwulst mit der stets schweren Geburt in Verbindung bringen, es war in allen ihren Fällen entweder die Zange gebraucht oder die schwierige Extraktion des nachfolgenden Kopfes vorgenommen.«

»Auch Chelius hält sich nicht lange bei Vermuthungen auf, sondern bemerkt kurz: ,Nach schwierigen Geburten und nach Anwendung der Zange etc. — — — — — Ich war in meinem Falle, nachdem ich den Geburtshergang ermittelt, nicht ungewiss, dem rohen Hantiren der Hebamme die Geschwulst zuzuschreiben.'«

Kaum dass Bohn obige Äußerung gethan, so beobachtet er ein Hämatom an einem Kinde, dessen Geburt leicht in Steißlage verlaufen war; es war ein zu zweit geborener Zwilling. In wie weit die Hebamme eingegriffen hat, ist nicht angegeben; nach der Beschreibung ist gar nicht ausgeschlossen, dass die Geburt absolut spontan verlaufen sei. Trotz alledem bemerkt Bohn zu diesem Fall: »Aus dem eben mitgetheilten Fall möchte ich folgern, dass zur Hervorbringung des Hämatom der Kopfnicker nicht immer eine besonders schwierige Extraktion erforderlich ist. Mutter und Hebamme versichern unabhängig von einander, dass der zweite Zwilling auffallend rasch dem ersten gefolgt sei. Da aber gerade den bei Steißlagen operirenden Hebammen die fraglichen Geschwülste zu glücken scheinen, so möchte ich sie bei leichten Geburten den übereilten und dem natürlichen Mechanismus der Geburt nicht angepassten Handgriffen zuschreiben.«

Obschon nun 1868 eine weitere Beobachtung von Stadfeldt erfolgte, wo das Hämatom bei einem »natürlich und verhältnismäßig leicht« geborenen Kinde gefunden wurde, resumirt 1869 Skrzeczka für den einen von ihm obducirten Fall sein gerichtsärztliches Urtheil dahin, dass »die entsprechend der Längsachse des Muskels sich ausbreitenden Extravasate innerhalb der Muskelscheide der Mm. sternocleidomastoidei, wenn sie mit jenen leichten als Folgen angewandter Selbsthilfe bei der Geburt anzusehenden Hautverletzungen am Halse und dem Gesichte eines Neugeborenen verbunden gefunden werden, durch Dehnung resp. Streckung des Halses erklärt werden müssen«.

Für einen zweiten Fall »und scheint mir unzweifelhaft, so ergiebt sich von selbst, wie die Verletzung des rechten Kopfnickers zu erklären sei — nämlich durch Dehnung desselben, bewirkt durch Zug an dem schon geborenen Rumpfe behufs Entwicklung des Kopfes«. Für den ersten Fall sieht S. durch die Hämatome seine Ansicht, dass bei der Geburt Selbsthilfe angewandt sei, gestützt.

An dieses Urtheil Skrzeczka's lehnt sich eng der bezügliche Passus aus Hofmann's gerichtlicher Medicin an.

Kapitel »Gewaltsamer Tod durch extra-uterine Vorgänge« p. 779 unten: »Doch muss bemerkt werden, dass Sugillationen zwischen den Weichtheilen des Halses, insbesondere in der Scheide des Sternocleidomastoideus (Haematoma St. cl. m.) sich auch bei Selbsthilfe in Folge heftiger Zerrung, resp. Streckung des Halses, sowohl bei zuerst geborenem als bei nachfolgendem Kopfe bilden können, wie durch wichtige Beobachtungen von Hirschsprung, Skrzeczka und Fasbender sicher gestellt worden ist« etc.

C. Ruge sieht in seiner grundlegenden Arbeit über die »Verletzungen des Kindes durch Extraktion« in den fraglichen Hämatomen Folgen der Hilfe bei der Beckenendlage. Eine andere Möglichkeit der Entstehung kommt naturgemäß nicht zur Erörterung, da Ruge's Material ausschließlich Sektionsbefunde von Kindern sind, die während oder kurz nach sehr schwerer Geburt gestorben waren.

Am weitesten gehen wohl Kaspar-Liman, wenn es bei ihnen heißt: »uns sind unverdächtige Fälle nicht vorgekommen, wo nur die Bemühungen die Geburt zu befördern, derartige Blutaustretungen hervorgebracht hätten«.

In diesem Urtheil, nach welchem in jedem Hämatom des Sternocleidomastoideus die Fährte zur Auffindung eines schweren Verbrechens gesehen wird, kulminirt der Argwohn deutscher Geburtshelfer und Gerichtsärzte. Dieser Ansicht muss entschieden entgegengetreten werden. Das ist mit dem bisherigen Material in wirksamer Weise nicht zu bemerkstelligen; denn, wie oben gezeigt, bestehen diese suspiciösen Ansichten trotz zweier Publikationen über Hämatom nach spontanen Geburten.

Zunächst eine Geburtsgeschichte.

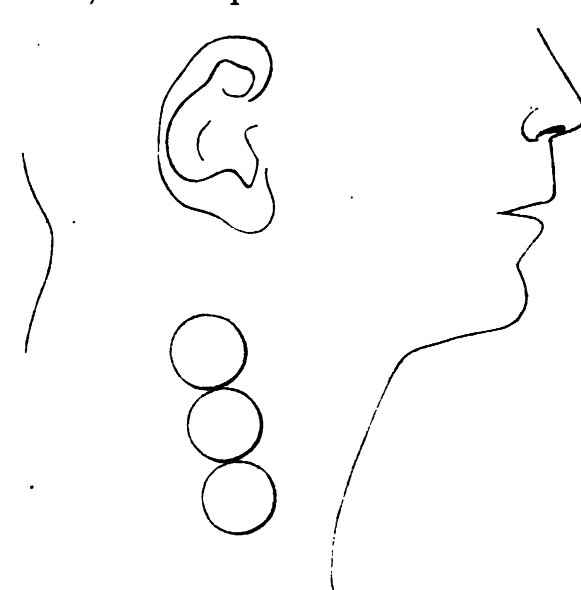
Am 22. Juni 1885 Abends 11 Uhr wurde ich zu der sehr gut gebauten erstgebärenden Kaufmannsfrau C. S. in J. gerufen. Sie kreißt am Ende der Gravidität seit Nachmittag. Wasserabfluss kurz vor meiner Ankunft. Ich finde 2. Steißlage, Steiß in der Beckenmitte, Muttermund 6 cm eröffnet. Um keine psychische Erregung hervorzurufen und nicht etwa die Wehen in unvortheilhafter Weise zu alteriren, sage ich der Kreißenden nichts von der pathologischen Kindeslage und beobachte ruhig die Geburt. Trotz sehr schlechter Wehen ist $2^1/_2$ Uhr Morgens der Muttermund verstrichen, von jetzt an empfindet Kreißende, wenn auch nur, wie gewöhnlich bei Steißlagen, äußerst schwach das Gefühl, mitpressen zu müssen. 3 Uhr 50 Minuten schneidet der Steiß ein. 4 Uhr wird mit einer Wehe das Kind bis über den Nabel geboren. Die nächste Wehe, welche kurz darauf folgt, treibt den Rumpf bis an die Schultern aus, die eben so schnell darauf folgende Schultern und Kopf. Vom Durchschneiden des Steißes bis zur Geburt des Kopfes verliefen $2^1/_4$ Minuten. Die Schultern wurden, die linke über dem Damm, die rechte unter der Symphyse geboren, nach der Geburt der Schultern blieb der Rücken ziemlich steil nach dem rechten Schenkel der Mutter gewendet, der Kopf trat typisch, Kinn über dem Damm, Hinterhaupt unter der Schamfuge, aus. Damm absolut unverletzt.

Während der ganzen Geburt hatte ich müßig mit aufgestreifelten Hemdärmeln zwischen den Beinen der Kreißenden gesessen und hatte, da Alles normal und schnell genug verlief, buchstäblich zu nehmen, nicht die Hand weder an die Kreißende noch an das Kind gelegt. Ich betone das nochmals ausdrücklich, dass ich nicht einmal, das ist das wenigste, was gethan zu werden pflegt, den geborenen Kindsrumpf, während der Kopf noch in den Genitalien stak, etwas erhob. Ich

benutzte geradezu diesen Fall als Lehrobjekt für die anwesende Hebamme, um ihr zu zeigen, wie lange man Steißlagen einem spontanen Verlauf überlassen kann und wie man nicht bei jeder Steißlage Arme lösen, Kopf entwickeln oder sonst wie manipuliren muss. Nach der Geburt schrie das Kind mit lauter Stimme.

Acht Wochen später wurde mir das Kind in die Sprechstunde gebracht und zeigt genau in der Mitte des linken Sternocleidomastoideus die charakteristische bohnengroße, harte Geschwulst. Diese Geschwulst sei, wenn auch nicht von derselben Größe, von der Hebamme und dem Ehegatten am Kinde schon an seinem 2. Lebenstage bemerkt worden. Vielleicht ist von da ab von der Hebamme gequacksalbert worden und erst die Hartnäckigkeit des kleinen Tumors führte die ängstliche Mutter mir zu. Derselbe verschwand nach einigen Wochen.

Ich will, um die hohe Beweiskraft dieses Falles nicht zu schwächen, keinen weiteren Geburtsbericht geben von Fällen, wo ich nur nach unbedeutender Nachhilfe bei Steißlagen Hämatome entstehen sah. Das steht untrüglich nach dieser Beobachtung fest, **Hämatome des Sternocleidomastoideus können entstehen bei spontan verlaufenden Geburten**, ohne dass der geringste Zug am Kinde gewirkt hat. Wir nehmen daher die von anderen Autoren angegebenen Fälle, wo nach spontanen Geburten später Hämatome des Sternocleidomastoideus auftraten, für bare Münze und zwar zunächst diejenigen, welche nach einer in Unterendlage verlaufenen Geburt beobachtet wurden, und wittern irgend welche Illegalitäten der beobachtenden Hebamme, wenn später ein fragliches Hämatom auftrat, nicht eo ipso.



Wenn wir nun die Möglichkeit der Entstehung des Hämatoms bei spontanen Kopflagen verstehen wollen, müssen wir den Entstehungsmechanismus etwas näher betrachten.

**Versuch:**

An einer Kindesleiche präparire man den Sternocleidomastoideus frei und stecke dann in den Muskel 3 oder 4 Reißbrettzwecken, so, dass die Reihe genau in der Längsrichtung des Muskels liegt und die Köpfe der Zwekken einander genau tangiren. Also so: (vgl. Figur)

Jetzt nehme man die verschiedensten Bewegungen des Kopfes, oder auch, wenn man will, bei festliegendem Kopfe Bewegungen des Rumpfes vor. Dabei beobachtet man Folgendes: Streckungen des Halses bei genau nach vorn gewandtem Gesicht in irgend welcher Richtung lassen die Köpfe der Zwecken genau neben einander bleiben. Beugung des Kopfes nach derselben oder entgegengesetzten

Seite, wo die Zwecken eingesteckt sind, lassen die Köpfe neben einander liegen. Eine Drehung des Kopfes mit dem Gesicht nach der entgegengesetzten Seite lässt die Köpfe ebenfalls neben einander oder verschiebt sie ein wenig unter einander. Eine Drehung des Kopfes mit dem Gesicht nach derjenigen Seite, auf welcher der Sternocleidomastoideus beobachtet wird, rückt die Köpfe der Zwecken weit aus einander, so weit, dass man zwischen je 2 Zwecken noch bequem eine dritte einschalten könnte. Der Durchmesser der von mir verwandten Zweckenköpfe beträgt 9 mm. Während also beim Ziehen am Halse gar keine sichtbare Dehnung des Sternocleidomasteoideus bewirkt wird, ist es einzig und allein eine Dehnung des Halses mit dem Gesicht nach derselben Seite, welche eine und zwar starke Dehnung des Sternocleidomastoideus bewirkt. Diese Dehnung betrug an einer frischen neugeborenen Leiche in der Mitte des Muskels auf einer Strecke von 27 mm wenigstens 20 mm!

Dieser Versuch, so einfach er ist, informirt uns vollständig über den Entstehungsmechanismus der fraglichen Hämatome. Es können weder Lateralflexionen des Kopfes noch Längszerrungen des Halses eine nennenswerthe Dehnung des Sternocleidomastoideus erzeugen, geschweige denn eine solche Dehnung, dass Gefäßzerreißungen oder Rupturen umfänglicherer Muskelpartien die Folge wären.

Solche Dehnungen können nur durch Torsionen des Halses erzeugt werden und zwar nur durch erhebliche Torsionen des Gesichtes nach der gleichnamigen Seite.

Jetzt verliert der Umstand, dass auch bei spontan verlaufenen Unterendlagen gelegentlich einmal ein Hämatom des Sternocleidomastoideus entsteht, alles Auffallende.

In dem von mir beobachteten Falle trat die linke Schulter des Kindes über den Damm und folgte die rechte sofort unter dem Schambogen hervor. Um dieselbe Zeit aber, wo die Schultern entsprechend der Rima vulvae, entsprechend dem geraden Durchmesser des Beckenausgangs verliefen, musste sich der Kopf, der nun auch in den Beckenausgang rückte, mit dem Gesicht in die Kreuzbeinaushöhlung drehen, so dass das Kinn genau über die linke Schulter zu stehen kam. Folge: größtmögliche Dehnung des linken Sternocleidomastoideus — Verletzung des Muskels.

Die von mir beobachtete Steißlage verlief nun aber außerordentlich typisch und leicht; was Wunder, wenn Bohn ebenfalls ein Hämatom bei einer spontan verlaufenen Steißlage beobachtete?

Lässt man die einzelnen Phasen des Steißlagenmechanismus an sich vorübergehen, so ergiebt sich, dass der Akt der Schulter- und Kopfgeburt wohl der einzige ist, bei welchem der Hals einer Drehung ausgesetzt werden kann. Und auch bloß wieder unter einer Bedingung, nämlich, dass die Schultern fast im geraden Durchmesser austreten. Treten, wie häufig, die Schultern mehr quer oder schräg aus, so behält der Kopf, während er durchs Becken in den Beckenausgang tritt, mehr eine natürliche Haltung zu den Schultern und nennenswerthe Drehung findet nicht statt, also auch keine Verletzung.

Der obengedachte Mechanismus, Schultern im geraden Durchmesser austretend, erfolgt mit Vorliebe bei Primiparen und überhaupt dann, wenn die Verhältnisse zwischen Mutter und Kind nicht zwar

pathologisch eng, aber doch knapp zu nennen sind. Die Verletzung muss dann um so leichter entstehen, je schneller die einzelnen Drehungen des Mechanismus auf einander folgen; sie muss bei der typisch verlaufenden Unterendlage stets den nach hinten gelegenen Sternocleidomastoideus treffen. Bei dorso-anterior verlaufenden Unterendlagen dagegen kann auch der nach vorn gelegene Sternocleidomastoideus die pathologische Dehnung erfahren. Ganz analog liegen die Verhältnisse, wenn die Unterendlage durch Nachhilfe beendet wird. Werden behufs Lösung der Arme sehr energische Drehungen der Schultern vorgenommen und befindet sich dabei der Kopf schon mit seinem Längsdurchmesser im geraden Durchmesser des Beckens unbeweglich, so kann man unter Umständen bei diesen Manipulationen beide Sternocleidomastoidei verletzen. Am häufigsten wird der verletzt werden, welcher auf der Seite des zuletzt gelösten Armes liegt.

Ich habe schon sehr lange die Gewohnheit, bei der Extraktion an den Schultern gar nicht zu drehen, sondern die Arme da zu lösen, wo sie sich mir bieten. Vielleicht ist das der Grund, warum ich relativ wenig Läsionen des Sternocleidomastoideus gemacht habe und wenn meine Nachfolger im Amte, als poliklinische Assistenten in Halle ähnliche Principien hatten, so werden sie ebenfalls wenig Sternocleidomastoideus-Läsionen beobachtet haben. Vielleicht erklärt sich so die Thatsache, dass Olshausen beim Durchsehen seiner poliklinischen Geburtsjournale gerade nach der Extraktion am Fuße so auffallend wenig Hämatome des Sternocleidomastoideus notirt fand.

Ich hatte früher die Beobachtung experimentell an der Leiche gemacht[2], dass der Sternocleidomastoideus in seiner Kontinuität kräftiger sein kann, als die Clavikel, an der er inserirt; und ich halte es heute nach den obigen Erörterungen für denkbar, dass einmal bei starker Drehung des Kopfes oder Halses, anstatt dass der Muskel zerreißt, die Diaphyse der Clavikel aus ihrer sternalen Epiphyse herausgerissen wird. Ruge beobachtete Hämatom und diese Verletzung neben einander; nicht ausgeschlossen bleibt natürlich, dass jede dieser Verletzungen ihre besondere veranlassende Gewalt gehabt haben kann, so dass also z. B. das Hämatom durch Drehung des Halses, die Diaphysendivulsion der Clavikel durch Fingerdruck auf diesen Knochen erzeugt wäre.

Dagegen kann meiner Ansicht nach durch bloßen Zug am Halse weder bei Anwendung des Prager noch des Veit-Smellie'schen Handgriffes eine Verletzung des Sternocleidomastoideus entstehen — ausgenommen, wenn bereits die Halswirbelsäule zerrissen ist.

Dasselbe gilt natürlich auch von den bloßen Traktionen am geborenen Kopf, wenn der Rumpf noch in den Genitalien steckt.

Einer besonderen Erwähnung bedürfen diejenigen Hämatome des Sternocleidomastoideus, welche nach schwierigen Zangenoperationen

---

[2] Küstner, Die typischen Verletzungen der Extremitätenknochen etc. Halle, 1877. p. 16.

gefunden werden. So viel ich weiß, sind es außer einer früheren französischen Publikation von Melchiori zwei Veröffentlichungen, welche diese besonders erwähnen, von Olshausen und Charpentier, erschienen etwa gleichzeitig vor einem Jahre.

Beide Autoren leiten diese Hämatome von direkter Zangenquetschung oder vom Zangendruck ab. Es ist ganz zweifellos, dass das der Fall sein kann. Bedenken wir, dass Facialisparesen bei schräg angelegter Zange recht häufig sind, dass diese meist dadurch entstehen, dass der Apex forcipis auf den Austritt des Nerven aus dem Foramen stylomastoideum drückt und nicht, wie meist angenommen wird, auf den vor dem Ohr gelegenen Pes anserinus, so kann es nichts Auffallendes haben, wenn bei schräger Zangenanlegung auch einmal der in derselben Gegend belegene Muskel so gequetscht wird, dass es zu einem Blutaustritte kommt. Während nun bei den drei Olshausen'schen Fällen keine Details über Kopfstellung und Modus der Zangenanlegung sich finden, ist von Charpentier ausdrücklichst erwähnt, dass stets der Kopf quer oder sehr schräg gestanden habe und dass er mit der Zange eine starke Rotation ausgeführt habe. Dreimal war die Kopfstellung OIDP, d. h. die kleine Fontanelle stand rechts hinten und jedes Mal gelang es Charpentier, sie mit der Zange nach vorn zu drehen.

Nun sind es aber auch bei den Kopflagen fast stets die nach hinten belegenen Sternocleidomastoidei, welche später das Hämatom zeigen, so z. B. bei den 3 oben erwähnten Charpentier'schen Fällen jedes Mal der rechte Sternocleidomastoideus. Liegt es da nach dem obigen Experiment nicht näher zu glauben, dass die starke Rotation, die, am Kopfe ausgeführt, den nach hinten gelegenen Sternocleidomastoides enorm dehnen muss, allein schon ohne Zangendruck im Stande ist, die Läsion des Muskels zu bewirken. Dass der Druck eines scharfen Zangenapex eine weitere Schädlichkeit abgiebt und den Riss gerade an der Stelle zu Stande kommen lässt, wo der Apex schneidet, ist wohl leicht begreiflich. Ist das richtig, so müssen die bei Forceps entstehenden Hämatome in der oberen Hälfte des Sternocleidomastoideus liegen.

Übrigens darf nicht unerwähnt bleiben, dass, wenn dem Zangenapex ein Antheil an der Verletzung zugeschrieben werden soll, dann auf die Konstruktion der Zange viel ankommt. Man wird dann mit den Zangen, welche an den Apices stark konvergiren, und welche im geschlossenen Zustande einen sehr geringen Apexabstand haben, leichter verletzen, als mit denen, welche eine flachere Kopfkrümmung und einen weiten Apexabstand besitzen. Zu den ersteren würde also z. B. die Trefurt'sche und Hohl'sche, zu den letzteren zweckmäßigeren die Busch'sche und die Wiener Zange gehören.

Ich darf nicht unerwähnt lassen, dass Pajot in der Diskussion über Charpentier's Vortrag den möglichen Einfluss der Rotation auf die Entstehung des Hämatoms betont. La rotation, qu'on a tenté d'imprimer à la tète foetale pendent l'accouchement, pour

ramener l'occiput en avant, n'est peut-être pas étrangère à l'affection présentée par l'enfant que nous montre M. Charpentier? etc.

Wenn nun meine Ansicht richtig ist, dass bloße Rotation des Halses auch bei Kopflagen eben so wie bei Steißlagen genügt, ein Hämatom des Sternocleidomastoideus zu erzeugen, so muss ein solches auch bei spontanen Kopfgeburten entstehen können. Wir kennen aus der Litteratur 2 Fälle von Hämatom nach spontanen Kopfgeburten, einen von Stadfeldt und einen von Charpentier. Auch hier muss der Muskel die deletäre Dehnung dann erhalten, wenn der Kopf unabhängig vom Rumpfe starke Rotationen macht, also wenn der Kopf mit der Sagittalis sich in den geraden Beckendurchmesser dreht, wogegen der bisacromiale Durchmesser ebenfalls noch im geraden Beckendurchmesser stehen bleibt und sich nicht der Kopfdrehung entsprechend zugleich in den queren Beckendurchmesser begiebt. Natürlich je schneller und gewaltsamer diese Kopfdrehung erfolgt, um so sicherer die Zerreißung des Musculus sternocleidomastoideus. Diese Zerreißung muss nach den obigen Erörterungen bei den typischen Hinterhauptslagen auch wieder an dem nach hinten gelegenen Sternocleidomastoideus liegen. In Charpentier's Falle handelte es sich um O. I. G. A., der lädirte Muskel war der linke. Vom Stadfeldt'schen Falle kenne ich keine Details.

Dagegen müssen wir, wenn bei Kopflagen der nach vorn gelegene Sternocleidomastoideus verletzt gefunden wird und direkte Läsion durch Druck und Quetschung ausgeschlossen werden kann (wie vielleicht in Charpentier's Fall No. 2, a. a. O. p. 280 oben, O. I. G. A. rechter Sternocleidomastoideus), an Abweichungen vom normalen Mechanismus, vielleicht an gleichzeitige Überdrehung der Schultern während der Geburt des Kopfes denken.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen formuliren wir in folgende Sätze:

1) Das Hämatom des Sternocleidomastoideus entsteht nicht durch Längsdehnung und Streckung des Halses, sondern durch Torsion desselben.

2) Da starke Torsionen des Halses auch bei spontanen Geburten vorkommen, so kann das Hämatom auch bei spontanen Geburten entstehen und zwar sowohl bei den in Unterendlage, als in Kopflage verlaufenden.

3) Sonach dürfen wir aus dem Bestehen eines Hämatoms des Sternocleidomastoideus niemals schließen, dass bei der Geburt manuelle oder instrumentelle Nachhilfe angewendet worden sei.

---

1) **Olshausen.** Die Krankheiten der Ovarien.

(Handbuch der Frauenkrankheiten red. v. Billroth-Lücke. 2. Aufl. II. Bd.) Stuttgart, Ferd. Enke, 1886.

Zu denjenigen Abschnitten des Handbuches der Frauenkrankheiten, welche von der medicinischen Welt mit besonderer Aner-

kennung begrüßt wurden, gehörten O.'s »Krankheiten der Ovarien«. Von dem außerordentlichen Fleiße, der Gewissenhaftigkeit und der ernsten Kritik, die alle Arbeiten O.'s aufweisen, legte auch dieses Werk beredtes Zeugnis ab. Die jetzige zweite Auflage darf schon um desshalb einen höheren Werth beanspruchen, als die vorige, weil sie durch die reichen in den letzten Jahren gesammelten Erfahrungen des Verf. und anderer hervorragender Operateure, so wie durch die vielfach aufklärenden Forschungen der jüngsten Zeit, an denen Verf. bekanntlich besonderen Antheil hat, wesentlich bereichert ist. In Nachstehendem sei ein kurzer Auszug des Wissenswerthesten, so weit es von der früheren Darstellung verschieden oder überhaupt neu ist, gebracht.

Kapitel IV und V handeln vom Descensus ovariorum und der Ovarialneuralgie (Ovarie). Letztere wird als Theilerscheinung, nicht als Ursache der Hysterie aufgefasst. Kapitel VI enthält u. A. diagnostische Merkmale der Ovarialapoplexie, Kapitel VIII die differentiellen Unterschiede zwischen chronischer Oophoritis und beginnenden Neubildungen des Organs, perimetritischen Exsudaten und Ovarialneuralgie. In Kapitel IX wird die Genese der Tubo-ovarialcysten und die Möglichkeit einer Schwangerschaft in einer präformirten Tubo-ovarialcyste erwähnt. Kapitel XI und XII: Ausführliche Darstellung des papillären Kystom und des Papillom des Ovarium (Oberflächenpapillom); sehr anschauliche Illustrationen sind beigefügt. Kapitel XIII: Über seltene Formen cystischer Ovarialgeschwülste (traubenförmige Ovarialkystome, Endotheliome, Angiosarkome, Lymphangiome).

Kapitel XIV: Histogenese der papillären Kystome, deren Entstehung mit Marchand und Flaischlen auf das Keimepithel zurückgeführt wird. Eigenthümlich ist diesen Geschwülsten der Mangel colloiden Cysteninhaltes.

Kapitel XVII: Als seltene Folgen der Achsendrehung eines Ovarientumors werden dauernde Schrumpfung desselben und Darmocclusion — letztere nur nach vorheriger Verwachsung des Tumors mit dem Darm — beobachtet. Verf. fand die Stieltorsion 21mal unter 322 Ovariotomien, darunter 4mal bei Dermoidcysten. Eine Folge der Cystenruptur ist die mögliche Infektion des Peritoneum durch den Cysteninhalt (bei Carcinomen, Sarkomen etc.), eben so kommt es bei papillären Kystomen zu Metastasen (Myxoma peritonei) durch Abbröckeln papillärer Massen, die durch die Darmperistaltik in der ganzen Bauchhöhle vertheilt werden. Trotz zahlreicher solcher Metastasen können Leben und Gesundheit viele Jahre, ja dauernd ungefährdet bleiben, wenn nur der primäre Herd, gewöhnlich die beiden erkrankten Ovarien, entfernt worden.

Kapitel XVIII: Von der Ausführbarkeit der Ovariotomie in der Schwangerschaft. Von 82 Fällen starben 8, von 36 Fällen Lawson Tait's, Spencer Wells', Schröder's und Verf. starb nur 1. Die Operation wird am besten in den ersten Monaten der Schwangerschaft ausgeführt.

Kapitel XX: Genaue Beschreibung der Parovarialcysten. Unter den klinischen Eigenthümlichkeiten derselben wird u. A. die große Neigung zu spontaner Berstung hervorgehoben.

Kapitel XXI: Über die allgemeine Diagnostik der Eierstockskystome. Von besonderer Wichtigkeit sind die Bemerkungen über die Diagnose des — einseitigen wie beiderseitigen — subserösen Sitzes der Geschwulst.

Kapitel XXIII: Die diagnostische Punktion wird als entbehrlich und nicht ungefährlich verworfen; u. A. kann es durch Austritt von Flüssigkeit und Geschwulsttheilchen (bei papillären Tumoren) zu Metastasen im Peritoneum kommen.

Kapitel XXIX: Statistik der Ovariotomie. Des Verf.s Resultate sind vorzügliche. Von 1876 bis Mai 1885 = 293 Ovariotomien, davon 266 Genesungen (90,9%). Im letzten Hundert 4 Todesfälle.

Kapitel XXX: Vorbereitungen zur Operation mit besonderer Darlegung der antiseptischen Maßregeln des Verf. Spray nur vor, nicht während der Operation.

Kapitel XXXI: Eine ausgedehnte Toilette des Peritoneum ist bei der jetzigen Antisepsis zu widerrathen; nur wenn ausgedehnte Adhäsionen, zumal in der Tiefe, zu lösen waren, oder Cysteninhalt in die Bauchhöhle geflossen, ist sie am Platze.

Kapitel XXXIII: Über Behandlung der Darmadhäsionen. Ist zwischen Darm und Tumor kein Platz zum Unterbinden und Durchtrennen, dann circumcidirt man die am Darm fest adhärende Partie der Cystenwand von außen her, eröffnet an dieser Stelle, wenn nöthig, die Cyste und schält im Bereiche der Circumcision die innere Lamelle stumpf von der äußeren, meist derben Lamelle der Cystenwand los. Die Wahl des Ligaturmaterials ist gleichgültig, wenn es nur gehörig desinficirt ist; gut desinficirte Seide reizt nicht und erzeugt auch keine Eiterungen.

Kapitel XXXV: Bei Besprechung der Stielverhältnisse wird u. A. erwähnt, dass nicht so ganz selten ein Theil des Tumors, der früher subserös war, nachträglich frei wird, indem das verdünnte Peritoneum dehiscirt und der Tumor in mehr oder minder großer Ausdehnung entblößt wird. Zur Unterbindung dicker Stiele wird 4 mm dicke Gummischnur, eventuell noch hinter diese eine Seidenligatur empfohlen. Aseptische Gummiligaturen kapseln sich schnell und sicher ein.

Kapitel XXXVI: Nach Ausschälung subserös entwickelter Tumoren räth O., die Bindegewebshöhle offen zu lassen, nachdem sie möglichst gereinigt ist, von einer Drainage derselben abzusehen und die Bauchwunde ganz zu schließen. Die Bekleidung entblößter Organe mit Peritoneum und der Verschluss der Tasche schützt auch nicht vor Parametritiden und erhöht durch Verlängerung der Operation die Gefahr des Shocks.

Kapitel XXXVII: Die Drainage der Bauchhöhle ist überflüssig, unzuverlässig, manchmal sogar gefährlich. Dies gilt auch für die

Fälle, in denen Tumorreste zurückgeblieben sind. Den Anhängern der Drainage wird hierzu mit Jodoform bestreute Karbolgaze empfohlen.

Kapitel XXXIX: Die Ausspülung der Bauchhöhle mit desinficirenden Flüssigkeiten bei und nach der Operation wird wegen der Gefahr des Shocks und der Intoxikation widerrathen.

Kapitel XL: Bleibt bei unvollendbarer Operation ein Tumorrest zurück, so soll er nicht in die Bauchwunde eingenäht, sondern einfach versenkt und die Bauchhöhle geschlossen werden.

Kapitel XLV: Bei sicherer Diagnose auf Neubildung des Ovarium soll zeitig operirt werden; man exstirpire desshalb faustgroße Geschwülste, wenn sie gestielt und mobil sind, immer, auch bei fehlenden Beschwerden.

Eine Kontraindikation gegen Ovariotomie besteht heute nur selten. Nur Malignität des Tumors mit Metastasenbildung und komplicirende Krankheiten, welche mit Sicherheit ein baldiges Ende voraussehen lassen, kontraindiciren die Operation.

Kapitel XLVI werden interessante Kombinationen einer Dermoidcyste mit einer malignen Neubildung, ferner Metastasenbildungen bei Dermoidkystomen, endlich die sehr seltenen Teratome des Ovarium (Neubildungen mit Gebilden des Ektoderm, Mesoderm und Entoderm) erwähnt. Die Erfolge der Ovariotomie bei Dermoidcysten sind wohl denen bei proliferirenden Kystomen gleich. Verf. hatte bei 13 Dermoidexstirpationen 12 Genesungen. Der Tumor soll unverkleinert entfernt werden, um das Einfließen des gefährlichen Inhalts in die Bauchhöhle zu vermeiden.

Kapitel XLVII: Die Sarkome des Ovarium sind verhältnismäßig wenig maligne, machen selten Metastasen und sind anscheinend nicht so sehr häufig doppelseitig. Die Malignität äußert sich mehr durch die oft sehr auffällige Beeinflussung des Allgemeinbefindens. In Bezug auf die eigentlich malignen Eigenschaften stehen sie nicht nur weit hinter den Carcinomen des Ovarium zurück, sondern auch hinter den papillären Kystomen, die freilich oft carcinomatöse Partien enthalten.

Das Carcinom des Ovarium kommt, wenn man alle Mischgeschwülste, welche Carcinom enthalten, hinzurechnet, recht häufig vor. Diejenigen Tumoren, welche lediglich oder in der Hauptmasse carcinomatös sind, rangiren aber in der Häufigkeit nicht nur hinter den glandulären und papillären Kystome, sondern auch wohl hinter den Dermoiden und Sarkomen. Die Prognose ist auch bei völliger Exstirpation des carcinomatösen Tumor schlecht wegen der baldigen Recidive. Immerhin wird man nicht Bedenken tragen, ein Ovarialcarcinom zu entfernen, wo man es exstirpirbar und ohne Metastasen antrifft. Ja bei vereinzelten und günstig gelegenen Metastasen wird man die Entfernung aller erkennbaren Neubildungen um so eher vornehmen, als man bei der Operation den histologischen Charakter der Neubildungen oft noch nicht sicher feststellen kann.

Kapitel XLVIII: Sehr ausführliche Besprechung der Kastration.

Verf. versteht darunter die Entfernung normaler oder relativ normaler, nicht durch Neubildung vergrößerter Eierstöcke. Er fasst sein Urtheil über die Bedeutung und den Werth der Operation dahin zusammen, dass dieselbe in Deutschland im Allgemeinen zu wenig Beachtung gefunden, von anderen Seiten dagegen in ihrem Werthe überschätzt, in ihren Gefahren zu gering veranschlagt worden ist. Bei Myomen, wo diese Gefahren besonders groß sind, verdient die Kastration erst in zweiter Linie nach der Myomotomie und in einer beschränkten Zahl von Fällen Anwendung zu finden. Bei ovarieller Dysmenorrhoe, bei gewissen schweren Neurosen und Psychosen ist unter gehöriger Auswahl der Fälle die Operation unzweifelhaft oft von großem Werth und relativ ungefährlich. Die entgültige Entscheidung über die zur Kastration sich eignenden Fälle dieser Kategorien wird erst in der Zukunft und an der Hand der Erfahrung gefällt werden.

**Wiener** (Breslau).

2) **H. Fritsch** (Breslau). Pathologie et Traitement des Affections puerpérales. (Übersetzt von E. Lauwers (Courtrai) und E. Hertoghe (Anvers), mit Vorrede von Prof. E. Hubert.

Paris, G. Carré und Brüssel, A. Manceaux.

Es möchte schwer fallen, einem Werke in wärmeren Worten seine Anerkennung zu zollen, als in seiner Vorrede Hubert dem F.'schen gegenüber es gethan hat. Er sieht in F. den Vorkämpfer der auf neuen Principien beruhenden, vollkommen zu ändernden Therapie des Wochenbettes, der bei aller Entschiedenheit doch aufrichtig genug sei, das Hin- und Herschwanken, die Übertreibungen früherer Jahre offen einzugestehen.

Der in dem Werke niedergelegte Schatz von Erfahrung, von Wissen und vernünftig medicinischen Denkens mache dasselbe so recht geeignet zur Waffe im Kampfe gegen eben so hartnäckige, wie veraltete Anschauungsweisen.

Die Kapitel über Desinfektion und lokale Behandlung sind noch besonders hervorgehoben.

Das Werk ist in 2. Auflage erschienen.

**Zeiss** (Erfurt).

# Kasuistik.

3) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 22. Januar 1886.

Vorsitzender: Herr Schröder, Schriftführer: Herr M. Hofmeier.

I. Demonstration von Präparaten:

a) Herr M. Hofmeier demonstrirt einen von ihm total exstirpirten Uterus von einer 70jährigen, noch recht rüstigen Frau stammend, welcher dadurch ausgezeichnet war, dass er neben einem Carcinom des Cervix eine sehr erhebliche Pyometra zeigte. Bei der Untersuchung zeigte sich neben dem Carcinom am Cervix der sehr bedeutend vergrößerte Uteruskörper retroflektirt; es wurde desswegen angenommen, dass das Carcinom schon auf den Uteruskörper übergegangen sei und

desswegen die Totalexstirpation ausgeführt. Wegen der Unmöglichkeit den Uterus vorzuziehen (in Folge seiner Größe) mussten die Anhänge vollkommen in situ unterbunden werden, so dass zuletzt der Uterus vollkommen allseitig frei im kleinen Becken lag. Die Hauptschwierigkeit bestand jetzt darin, den vollkommen gelösten Uterus zu entwickeln, da bei zu starkem Zug die Gefahr des Abreißens des Cervix oder des Platzens des sehr dünnen und mit Jauche gefüllten Uterus bestand. Um ein Ausströmen des Sekretes zu verhindern, wurde der Cervix unterbunden. Nach vielfachen Bemühungen gelang es endlich, den Uterus unversehrt zu entwickeln (er zeigt nach 6wöchentlichem Liegen in Alkohol noch eine Breite von 10 und einen Umfang von 24 cm). Die Rekonvalescenz der Pat. war ausgezeichnet. Das Carcinom erwies sich als ein Cervixschleimhautcarcinom und zwar nur auf den Cervix beschränkt, während die ganz dünnwandige Uterushöhle nur durch Sekret ausgefüllt war.

b) Herr Flaischlen legt einen Uterus vor, den er durch die supravaginale Amputation, Ende des vergangenen Jahres entfernt hat. Die Kranke lag in der Privatklinik des Herrn Veit, der während einer Erkrankung F. diesen Fall zur Operation übergeben hatte. Die Diagnose war mikroskopisch auf Sarkom gestellt. Der Fall war von vorn herein sehr ungünstig, als es sich um eine hochgradige Verjauchung des Sarkoms handelte. An eine vaginale Exstirpation war nicht zu denken. Der Uterus war sehr groß und dick, die Scheide durch alte Narben derart verengt, dass sie im hinteren Theile kaum für einen Finger durchgängig war. Das aus der Uterushöhle kommende Sekret war intensiv übelriechend. Vor der Operation war der Uterus ausgekratzt und wiederholt desinficirt worden. Trotzdem trat beim Durchschneiden des Cervix jauchiges intensiv stinkendes Sekret auf die Schnittfläche. Der Cervikalkanal wurde mit Ferrum candens kauterisirt, dann der Stumpf etagenartig vernäht.

Pat. starb am 3. Tage an Sepsis und es ist wohl kaum zweifelhaft, dass auch hier die Infektion wieder vom Cervixstumpf aus erfolgt ist. Das Präparat zeigt einmal, wie hochgradig der Zerfall des Sarkoms vorgeschritten war, ferner dass die ganze Uterussubstanz durch Sarkommassen ersetzt war, welche letzteren überall bis unter das Peritoneum hin sich erstreckten.

c) Herr Schröder demonstrirt den in toto exstirpirten Cervix von einer Pat., bei welcher er vor 4 Jahren wegen malignem Adenom des Uteruskörpers diesen letzteren vom Abdomen aus supravaginal amputirt hatte. Die Pat. klagt jetzt wieder seit einiger Zeit über Blutungen und es fanden sich im Cervix zerdrückbare Massen. Die Auslösung des Cervix war in eigenthümlicher Weise durch die narbigen Verwachsungen der früheren Amputationsstelle im Abdomen erschwert, gelang aber gut in der gewöhnlichen Weise. Die Wucherungen erwiesen sich als Adenocarcinom.

II. Herr Stratz: Über Komplikationen von Tumoren mit Gravidität und Geburt.

Der Vortr. hat das Material der kgl. Universitätsfrauenklinik vom 1. April 1876 bis heute zusammengestellt.

Unter 17832 Geburten fanden sich 25mal Komplikationen mit Tumoren, wobei 15 Mütter starben, 13 Kinder am Leben blieben.

In derselben Zeit wurden 28 Fälle von Komplikationen in der Gravidität beobachtet, wobei Dank der Therapie keine Mutter starb, und 15 Kinder gerettet wurden.

Es vertheilt sich folgendermaßen:

Ovarialtumoren, 14mal Ovariotomie in der Gravidität, 14 lebende Kinder am Ende der Schwangerschaft, darunter einmal Zwillinge, einmal Abort. 5 Geburten mit Ovarialtumoren, 3mal spontan; 2 Kinder †, 1 Mutter † im Wochenbett an Peritonitis bei geplatzter Cyste.

Myome, 10 Myome in der Gravidität behandelt; 4mal Abort, 3mal Abort artificiell, 2mal Myomotomie mit Entfernung des graviden Uterus, 1mal Myomotomie in der Schwangerschaft mit lebendem Kind am Ende derselben.

13mal Geburt mit Myomen. 8 Mütter †, 8 Kinder lebend. Todesursache

Atonien, Sepsis in Folge der langen poliklinischen Behandlung. Nachblutungen im Wochenbett, Embolien der Lungenarterie.

Carcinome. 5mal Carcinom mit Gravidität; einmal Abort, dann Excochleation und Ferrum candens, 4mal supravaginale Amputation, dabei 1mal Komplikation mit Lithopädion, 3mal Abort post operationem, das letzte Mal mit lebender Frucht im 6. Monat, 4 Wochen nach dem Eingriff.

7mal Carcinome bei der Geburt; 6 Mütter †, 4 nach der Geburt, 2 an rapidem Wachsthum des Carcinoms im Wochenbett. 2mal spontane Geburt, 2mal Wendung, 1mal Forceps nach Excochleation des Carcinoms, 2mal Sectio caesarea, nur 3 Kinder kamen lebend, eines mit Forceps, das weiter lebte, eines spontan und eines nach Sectio caesarea, welche bald starben.

Auf Grund dieser Zusammenstellung, die den großen Vorzug hat, dass bei der Geburt sowohl, wie im Wochenbett nach denselben einheitlichen Principien vorgegangen wurde, empfiehlt der Vortr. entschieden eine energische Therapie in der Schwangerschaft eventuell den künstlichen Abortus zur Vermeidung der schwereren Geburtskomplikationen.

Herr Veit: Ich kann zwar auf Grund meiner Beobachtungen seit dem Abgange aus der Klinik nicht über ein, den vom Herrn Vortr. vorgelegtes auch nur vergleichbares Material verfügen, möchte aber doch glauben, dass ich mein Material wenigstens erwähnen darf, weil es nicht ganz zu dem vorgetragenen Bilde passt. Besonders ist mir die Prognose der Myome bei der Geburt nicht so schlecht erschienen. Sehe ich von den kleineren mehr zufällig gefundenen ab, so hatte ich 3mal Gelegenheit, kleine mannsfaustgroße subperitoneale Myome zu beachten, bei denen ich natürlich nichts in der Gravidität that, die aber auch in keiner Weise die Geburt oder das Wochenbett störten. Die eine traurige Beobachtung ferner, die ich mit Herrn Geheimrath Schröder machte, ist desshalb vielleicht nicht ausschließlich dem Myom zuzuschieben, weil es sich um eine 39jährige Erstgebärende und um Tod durch eine wohl außerordentlich seltene Nachblutung in der 6. Woche nach der Entbindung aus dem Uterus handelte. Ein sehr ähnlicher Fall schien in der Schwangerschaft sich sehr ungünstig für den Geburtsverlauf gestalten zu wollen; aber bei Beginn der Wehen trat der Kopf an dem im Beckeneingang liegenden Myom vorbei und die Geburt konnte durch Forceps beendet werden. In einem 6. Fall enukleirte ich in der 3. Woche des Puerperiums ein in der vorderen Wand des Cervix sitzendes Myom, das zu Fieber und profusen Blutungen Veranlassung gegeben hatte, aber, trotzdem es gut kindskopfgroß war, keine Störung bei dem Geburtsverlauf bedingt hatte. So ist mir die bisherige zuwartende Therapie der Myome nicht allzu ungünstig erschienen.

Ovarientumoren mit Gravidität beobachtete ich nur 3mal, einmal machte ich die doppelseitige Ovariotomie im 2. Monat der Schwangerschaft bei einer Frau mit doppelseitigen Ovarientumoren; die Pat. gab an, regelmäßig menstruirt zu sein, die Sondirung des Uterus, die ich ruhig vornahm, ist hier jedenfalls mehr als die glatt heilende Operation die Ursache zum Abortus gewesen; die beiden anderen Male handelte es sich um Ovarientumoren, die bei der Geburt aus dem Becken in die Höhe gingen.

Herr Löhlein: Die günstigen Zahlen, welche der Herr Vortr. bei operativer Entfernung der die Schwangerschaft komplicirenden Geschwülste fand, können uns doch in dem Grundsatz nicht erschüttern, dass die Frage, ob Operation in der Schwangerschaft oder nicht, nur streng individualisirend entschieden werden darf. Dass Ovarialtumoren in der Schwangerschaft mit fast oder sogar völlig gleich günstigem Erfolg wie im nichtschwangeren Zustand operirt werden können, dass Myom- und Carcinomoperationen ohne Unterbrechung der Schwangerschaft ausgeführt werden können, haben wir ja — namentlich auch durch die kühne Initiative unseres Herrn Vorsitzenden — gelernt und erfahren. Und die heutigen Mittheilungen sind geeignet, uns noch zuversichtlicher an die Fälle herantreten zu lassen, wo in der Schwangerschaft eingegriffen werden muss. Ob diese Indikation aber vorliegt, muss doch in jedem speciellen Fall besonders entschieden werden und zwar danach, ob der Tumor durch seine Lage die Geburt auf gewöhnlichem Wege

voraussichtlich erschwert oder verhindert, ob er die Weiterentwicklung der Schwangerschaft in Frage stellt, ob er in der Schwangerschaft besonders rasch wächst und besondere Beschwerden hervorruft, oder ob er eine gleichgültige Begleiterscheinung darstellt. Es können auch gleichzeitige andere Komplikationen Berücksichtigung verlangen. So sah L. Gravidität im 6. Monat komplicirt mit kindskopfgroßem Ovarialkystom und mit Mitralfehler, welcher mäßige Kompensationsstörungen darbot. Da der Tumor beweglich über dem kleinen Becken lag und nicht wuchs, wurde abwartend verfahren. Die Frau gebar leicht am Ende der Schwangerschaft. Eine Verallgemeinerung der Indikation erscheint jedenfalls bedenklich.

L. erwähnt aus einer größeren Zahl von Myomen bei Schwangeren 2 Fälle, in deren einem er im Anschluss an den eingetretenen Abort mehrere theils submukös, theils intramural sitzende Myome enukleiren konnte, während er in dem anderen das apfelsinengroße Myom 10 Tage post partum immaturum geboren werden sah.

Von Komplikationen durch Eierstocksgeschwülste schildert er eingehender eine vor wenig Wochen von ihm geleitete Entbindung einer 38jährigen Ipara, bei der ein mehr als mannsfaustgroßes, scheinbar im Becken adhärentes linksseitiges Kystom den Eintritt in den Beckenkanal verlegte. Erst nach verschiedenen fruchtlosen Versuchen gelang hier die Reduktion des Tumors 15 Stunden nach Wehenbeginn in tiefer Narkose bei linker Seitenbauchlage und unter gleichzeitigem energischem Wegdrängen des Uterus nach rechts Seitens des Assistenten — doch schließlich vom Rectum aus, worauf sofort der Kopf in den Beckeneingang eintrat, ähnlich wie in einem von Frommel früher (13. Dec. 1881) an dieser Stelle berichteten Fall.

Komplikationen mit Carcinom sah L. 2mal. Beide Male wurde er erst zur Geburt citirt. Der eine Fall — Part. immat. — bot nichts Erwähnenswerthes. In dem anderen ließ sich von der Geschwulstmasse der Portio mit dem Finger und dem Löffel so viel abschälen und abkratzen, dass das nicht sehr kräftige Kind mittels Forceps lebend entwickelt werden konnte.

Herr Schröder pflichtet den beiden Vorrednern darin bei, dass man ja allerdings individualisiren müsse, meint aber doch, dass die von Herrn Stratz beigebrachten Zahlen im Ganzen für ein principiell aktiveres Vorgehen in der Schwangerschaft sprechen. Er verkennt durchaus nicht, dass Zufälligkeiten bei den günstigen Resultaten bei den Operationen in der Gravidität mitgespielt haben und eben so vielleicht bei den außerordentlich ungünstigen, wenn bis zur spontanen Geburt gewartet wird. Besonders gelte dies wohl für die Myome, weil hier die kleinen Myome nicht mitgerechnet wären.

Für die Komplikation mit Ovarialtumoren hält er die mitgetheilten Folgerungen für richtig; die Operation sei doch nöthig und die Prognose würde zuweilen durch die Geburt wesentlich getrübt, besonders, wenn hier punktirt worden sei.

Bei Komplikation mit Carcinom sei es schwer, allgemeine Regeln aufzustellen; da die Mütter doch meist nicht mehr lange zu leben hätten, so wäre bei weiter vorgeschrittenem Carcinom entschieden nicht der Abort einzuleiten, sondern zu warten, bis das Kind lebensfähig sei.

Bei Komplikation mit Myomen (wovon allerdings in der Stratz'schen Zusammenstellung neun schwere Fälle waren), scheine entschieden die Intervention der Schwangerschaft wünschenswerth; entweder Laparotomie oder künstlicher Abort, welch letzterer allerdings auch seine großen Schwierigkeiten haben könne. Nach Geburten mit Myomen sah er sehr traurige Resultate z. Th. durch die nothwendig erscheinenden operativen Eingriffe, z. Th. durch die sekundären Processe an den Tumoren selbst.

---

### 4) Krauss (Breslau). Über einen Fall von Syringomyelie.

(Virchow's Archiv Bd. CL)

Verf. kommt auf Grund sehr sorgfältiger mikroskopischer Rückenmarksuntersuchung einer auf der Abtheilung des verstorbenen Prof. Berger im Breslauer städt. Armenhause in den letzten 3 Jahren a. m. beobachteten Falles von Syringo-

myelie bei einer 50jährigen Frau zu dem mit den Ansichten der neueren Autoren mit Ausnahme von Leyden, der wenigstens noch im LXVIII. Bd. von Virchow's Archiv die vorgefundene Höhle von einer angeborenen Erweiterung des Centralkanals ausgehen lässt — übereinstimmenden Resultat, die Ursache der Spaltbildung in einer Erweichung von Geschwulstmassen (Gliomen) in der Umgebung des Centralkanals zu suchen.

Die näheren Details würden über den Rahmen eines Referates dieses Blattes hinausgehen. **Hadra** (Berlin).

5) **Dohrn.** Ein Fall von weiblicher Epispadie.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. Hft. 1.)

Es handelt sich um ein 18jähriges Dienstmädchen, Multipara, in deren Familie keine Missbildungen vorgekommen sein sollen und welche seit dem 16. Jahre regelmäßig reichlich und schmerzlos menstruirt ist; dieselbe klagt, seit frühester Kindheit an Urinträufeln zu leiden; die Menstruationszeit ist ohne Einfluss auf das Leiden.

Gut genährte, kräftige Pat.; Beckenmaße normal; Symphysis pubis geschlossen; Genitalhaut stellenweise excoriirt; an Stelle des Mons veneris eine leichte Einsenkung der Weichtheile; Damm breit; die kleinen Labien liegen frei und sind nach oben, eben so wie die Clitoris und ihr Präputium gespalten. An Stelle der normalen Kommissur dieser Gebilde liegt die trichterförmig klaffende Urethralmündung. Hymenalränder und Vagina virginell; Uterus klein, gut mobil, leicht retrovertirt.

Als veranlassende Ursache sieht D. in seinem Falle, nach dem Vorgange von Thiersch, eine ungewöhnlich frühzeitige und breite Entwicklung des Dammes an, wodurch die Ausmündung des Sinus urogenitalis und die spätere Urethralöffnung nach oben verdrängt wird.

Vereinigung der beiden Clitorishälften nebst ihrem Präputium nach vorheriger dreieckiger Anfrischung in der Gegend des Mons veneris stellten wieder normale Verhältnisse her und einige Monate post operationem konnte der Urin weit länger als früher zurückgehalten werden. **Menzel** (Görlitz).

6) **Alex. Patterson** (Glasgow). Fall von Uterus duplex.

(Edinb. med. journ. 1885. August.)

Pat. hat bereits vor 2 Jahren ein todtes Kind im 7. Monate geboren. Jetzt wieder 7mal Menstruation vermisst. Kindsbewegungen zur rechten Zeit gespürt. Seit 3 Tagen wehenartige Schmerzen, wird hochfiebernd aufgenommen; giebt an, der Arzt draußen habe ihr bereits mit der Hand »Alles unten herausgerissen, nur nicht das Kind«. Blut und Wasser dabei reichlich abgegangen; seitdem unwillkürlicher Urinabgang.

Collostrum; Abdomen wie im 7.—8. Monat. Herztöne am Nabel; Abgang von Eiter, Blut und Urin. Großer Defekt in der hinteren Blasenwand; großer Scheidenriss, der sich bis hinters Rectum verfolgen lässt. Im Muttermund Eihäute und Kindskopf. Nach 12 Tagen wird ein Kind geboren; stirbt nach 18 Stunden. Bei der Mutter Abscess in der linken Fossa iliaca, dem sie, trotz Öffnung desselben, nach 14 Tagen erliegt.

Derselbe ging, wie die Sektion ergab, von dem Scheidenriss aus, retroperitoneal hinauf bis ins Zwerchfell; auch in der linken Pleurahöhle Eiter. Linke Niere fehlt, rechte hypertrophisch. Im Becken 2 Uteri, linker $4^1/_4$ und $1^3/_4$ Zoll, rechter weicher und geräumiger, $4^1/_2$ zu $2^1/_2$ Zoll; jeder hat je eine Tube mit Ovarium, die Uterushöhlen sind bis auf einen kleinen Theil des Cervix völlig getrennt.

**Zeiss** (Erfurt).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 10.** Sonnabend, den 6. März. **1886.**




## Die kombinirte Wendung nach Braxton Hicks bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

Von

**H. Fehling.**

Die störendste Komplikation, welche im Verlauf der Einleitung der künstlichen Frühgeburt auftritt und besonders die Prognose für das Kind zu trüben vermag, ist eine hochgradige Wehenschwäche, welche nur zu oft den gebräuchlichen Mitteln trotzt. An dieser scheitert oft der Erfolg einer sonst nach ganz richtiger Indikation eingeleiteten künstlichen Frühgeburt, besonders wenn der Blasensprung entweder spontan oder unabsichtlich bei Einschieben des Bougies zu früh erfolgte. Der Uterus zieht sich, zumal wenn kein vorliegender Theil den weiteren Fruchtwasserabfluss hemmt, zu stark um die Frucht zusammen, der Placentarverkehr wird schon zu einer Zeit gestört, wo sonst dem Kind noch keine Gefahr droht.

Ist eine Schädellage vorhanden, so genügen im weiteren Verlauf die zu schwachen Wehen nicht, den Kopf in den verengten Beckeneingang einzutreiben, und nach tagelangem Abwarten kann der Geburtshelfer genöthigt sein, im Interesse der Mutter, nur um die Geburt zu vollenden, unter den durch den länger vorher erfolgten

Blasensprung jetzt weit ungünstigeren Umständen die Wendung vorzunehmen, wenn der Kopf noch nicht zangengerecht steht.

Ist dagegen von vorn herein eine Beckenendlage oder Querlage vorhanden, so liegt die Sache viel günstiger, man holt rechtzeitig ein Bein herunter, um an demselben nöthigenfalls die Extraktion machen zu können.

Treffend hebt Litzmann hervor (Die Geburt bei engem Becken, 1884), dass in der Unmöglichkeit die Leistungsfähigkeit der Wehen im Voraus zu berechnen, so wie in der Unzulänglichkeit unserer Mittel, sie bei vorhandener Insufficienz nach Wunsch zu verstärken, um die Bedingungen für eine künstliche Beendigung der Geburt mit der Zange herzustellen, ein Hauptmoment liege, wodurch die Prognose bei Schädelgeburten bei engem Becken gegenüber der Wendung auf die Füße getrübt wird.

Dies gilt natürlich in erhöhtem Maße für die künstlich eingeleitete Frühgeburt bei engem Becken.

Viele Geburtshelfer ziehen daher die Wendung bei engem Becken dem Abwarten vor, theils um nach gemachter Wendung jederzeit die Extraktion anschließen zu können, theils weil der nachfolgende Kopf sich leichter durch ein verengtes Becken durchziehen lasse. Allerdings ist bei der Wendung der Erfolg für das Kind ein zweifelhafter, Alles hängt davon ab, wie rasch sich der Kopf durch das Becken hindurchführen lässt. Von Bedeutung ist ferner wie bald nach dem Blasensprung die Wendung gemacht wird. Am günstigsten steht die Sache, wenn bei vollständig erweitertem Muttermund die Wendung ausgeführt werden kann, je später nach dem Blasensprung, um so schwieriger kann dieselbe werden.

Nun springt aber die Fruchtblase gerade bei engem Becken manchmal zu früh, ehe der Muttermund die für die gewöhnliche Wendung nöthige Weite hat; in anderen Fällen kann man umgekehrt die völlige Eröffnung des Muttermundes nicht abwarten, da eben die Wehenthätigkeit nicht genügend erwacht, so lange die Blase noch steht und der vorliegende Theil zu hoch steht, um durch Druck auf das untere Uterinsegment die Wehen anzuregen.

Von diesem Gedanken geleitet, habe ich in den letzten 2 Jahren in den meisten Fällen von künstlicher Frühgeburt gesucht, möglichst bald, nachdem durch Scheideneinspülungen, Bougie, in einzelnen Fällen durch Cervikalkolpeuryse die Wehenthätigkeit eingeleitet war, die frühzeitige Umdrehung des Kindes (kombinirte Wendung nach Braxton Hicks) zu machen, um nach Herabstrecken eines Beines die Extraktion in der Hand zu haben.

Die Vorbedingungen hierzu sind eine regelmäßige Wehenthätigkeit und eine Durchgängigkeit des Cervix für 1—2 Finger. Zweckmäßig wendet man dazu eine leichte Narkose an, es gelingt rascher und schonender ein Bein herabzuleiten. Ist nach Herabstrecken eines Fußes die vordere Hüfte auf den Beckeneingang eingeleitet, so bleibt

noch eine genügende Fruchtwassermenge in utero, um der Frucht einen ausreichenden Placentarverkehr zu sichern.

Von weiterer Extraktion wird vorerst abgesehen, der Abfluss des Fruchtwassers, die Einleitung des kindlichen Steißes regen meist kräftige Wehen an, die günstige Aussicht für eine rasche Austreibung des Kindes und für eine kräftige Uterinkontraktion in der Nachgeburtszeit wächst dadurch.

Selbstverständlich müssen die Herztöne der Frucht genau kontrollirt werden, um erforderlichen Falls zur Extraktion überzugehen. Womöglich lässt man aber das Beckenende der Frucht spontan austreten, um erst dann die weitere Entwicklung des Rumpfes, der Arme und des Kopfes zu unterstützen.

Es kamen in den Jahren 1884 und 1885 auf 870 Geburten 14 künstliche Frühgeburten in der hiesigen Entbindungsanstalt vor. Nur 1mal gab Nephritis parenchymatosa der Mutter den Anlass zur Einleitung; die Geburt verlief hier rasch in Schädellage.

In den 13 anderen Fällen handelte es sich um Beckenenge, hervorgebracht 12mal durch enges Becken an und für sich, 1mal durch Raumbeschränkung in Folge eines großen harten Exsudats.

Die Conj. diag. schwankte bei den 5 rhachitisch platten Becken von 8—10 cm, bei den 4 allgemein verengten platten Becken zwischen 7,75—10,5, bei den 3 allgemein verengten Becken von 9,5 bis 11; ein Becken war hochgradig osteomalakisch.

Hiervon verlief 2mal die Geburt bei Schädellage, 1mal in Gesichtslage spontan; die Wehen waren hier von Beginn an kräftig. 8mal wurde die Wendung ausgeführt, 5mal bei Schädellage, 3mal bei Querlage, nur 1mal war im letzteren Fall der Muttermund vollständig, stets wurde frühzeitig das Kind gedreht ohne Eingehen mit der ganzen Hand in den Uterus; 2mal war durch äußere Handgriffe eine Steißlage hergestellt und wurde dann ein Bein herabgeholt.

Die Kinder in Kopf- und Steißlagen kamen lebend, von den durch Wendung geborenen Kindern kamen 6 lebend und lebten am 8. Tag, 1 todtgeboren, 1 gestorben nach 36 Stunden.

Die Mütter machten sämmtlich ein fieberfreies Wochenbett durch.

Wenn ich daher ähnlich wie Hofmeier und Behm die möglichst frühzeitige kombinirte Wendung für Placenta praevia empfahlen, die frühzeitige Umdrehung der Frucht bei der künstlichen Frühgeburt rathe, um dadurch die Nachtheile der Wehenschwäche zu vermeiden, so will ich damit die Empfehlung dieser Methode nicht verallgemeinern für alle und jegliche Fälle von Frühgeburt; auszuschließen sind die Fälle von künstlicher Frühgeburt bei Erstgebärenden, ferner die Fälle, wo von Beginn der Einleitung an kräftige Wehen auftreten und den Kopf fixiren, oder wenn von früheren Geburten her die Wehenkraft als eine gute bekannt ist. Ich empfehle die frühzeitige Umdrehung des Kindes wesentlich für die Fälle Mehrgebärender, wo sich nicht bald eine regelmäßige Wehenthätig-

keit erzielen lässt. An die frühzeitige kombinirte Wendung soll aber die Extraktion ja nicht sofort angeschlossen werden, diese soll spät, nur bei strikter Indikation ausgeführt werden. Zwischen Wendung und Extraktion lagen bis zu 6 Stunden Dauer.

Mit dieser Empfehlung der Trennung der Wendung von der Extraktion sehe ich mich allerdings im Gegensatz zu der jüngst von Winter (Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk. Bd. XII. Hft. 1) aus der Schröder'schen Klinik empfohlenen zeitigen Vereinigung von Wendung und Extraktion.

Für die künstliche Frühgeburt bei engem Becken ergiebt sich aus den oben angeführten Gründen, dass nur eine möglichst frühzeitige Wendung dem Zweck der Wehenverstärkung dient; während die Hinausschiebung der Extraktion im Interesse des Kindes und der Mutter nöthig ist.

Aber auch für die gewöhnlichen Fälle von Wendung bei Queroder Schädellagen möchte ich mich den von Winter vertretenen Anschauungen nicht anschließen, sondern wie Zweifel und viele andere Lehrer der Geburtshilfe die scharfe Trennung der Wendung von der Extraktion gewahrt wissen.

Das Aufsuchen der Füße, das Ergreifen derselben, die Drehung des Kindes sind mehr oder minder mit Druck auf die Nabelschnur, mit Reizung der Hautoberfläche des Kindes verbunden, so dass leicht ein gewisser Grad von Asphyxie entsteht. Zieht man ein halb asphyktisches Kind rasch aus, so ist die Gefahr für völliges Absterben immerhin groß, sobald die Lösung der Arme, die Entwicklung des Kopfes auf Hindernisse stößt.

Auch im Interesse der Mutter liegt die zeitliche Trennung der Wendung und Extraktion; folgt die Extraktion der Wendung sofort, so droht Atonie der Nachgeburtszeit; außerdem kommen die Anreißungen des Cervix in Betracht, welche beim Eingehen mit der Hand zur Wendung häufig entstehen, bei sofortiger Extraktion bluten diese oft stark weiter, ist abgewartet, so entstehen Thrombosen der blutenden Gefäße, welche eine stärkere Blutung nach der Austreibung des Kindes hindern.

Ohne mich hier weiter auf das Für und Wider einzulassen, möchte ich noch hervorheben, dass die Winter'sche Methode, so gute Resultate sie in der Hand eines Geübten geben kann, in der Hand des Anfängers sehr verderblich werden könnte.

---

## 1) Handbuch der Frauenkrankheiten (red. von Billroth und Lücke. 2. Aufl. III. Bd. Lief. 1—3).

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1886.

1. Billroth, Die Krankheiten der weiblichen Brustdrüsen.

Die vortreffliche Bearbeitung dieses Gegenstandes ist inhaltlich und formell unverändert geblieben, wesshalb ein Hinweis auf das

ausführliche Referat Küstner's in diesem Centralbl. (1880 No. 14. p. 325) genügt.

2. Zweifel, Die Krankheiten der äußeren weiblichen Genitalien und die Dammrisse.

Die 2. Auflage genannten Werkes hat vom neuen Autor unter reicher Heranziehung älterer und neuerer Litteratur und Vermehrung der Abbildungen eine vielfache Umarbeitung und Erweiterung erfahren. Ganz besonders bemerkbar macht sich dies in der interessanten Darstellung der einzelnen Anomalien im Kapitel »Entwicklungsfehler«. Neu eingeschaltet sind im Folgenden »die Verletzungen der Vulva« (außerhalb des Geburtsaktes) und »die Pilzbildungen und Parasiten der Vulva«. Bei Besprechung der »Entzündung der äußeren Geschlechtstheile findet die gonorrhoische Form, speciell deren Vorkommen bei Kindern und ihre Therapie besondere Berücksichtigung. Eben so ist das praktisch wichtige Kapitel »Exantheme der Vulva« pathologisch und therapeutisch eingehender abgehandelt. Im Kapitel »Lupus der Vulva« theilt Verf. die ja immer allgemeiner werdende Anschauung, dass derselbe als eine Hauttuberkulose aufzufassen sei. Aus dem Kapitel »Geschwülste« heben wir hervor, dass sich Z., die Ätiologie der spitzen Kondylome betreffend, im Gegensatz zu Hildebrandt (1. Auflage) der Anschauung anschließt, dass in seltenen Fällen die Entstehung derselben auch ohne specifische Ursache möglich sei. In therapeutischer Beziehung wird mit Recht die Wichtigkeit der Ätzung des Kondylomgrundes nach eventuell vorausgegangener blutiger Abtragung zur Vermeidung von Recidiven erwähnt. Das Hämatom der Vulva behandelt Verf. schon, »wenn es Hühnereigröße übersteigt« principiell sofort operativ (ob nicht zunächst wenigstens ein exspektatives Verfahren eben so berechtigt ist?). Bei den Verletzungen des Dammes werden die älteren und neueren Operationsmethoden kurz und klar durchgesprochen. Der Empfehlung der triangulären Naht nach Hegar-Kaltenbach bei inkompleten und der Lappenbildung nach Lawson Tait bei komplicirten alten Dammrissen kann sich Ref. nur anschließen. Die Schlusskapitel: Vaginismus, Pruritus, Coccygodynie bieten nichts wesentlich Neues.

3. Winckel, Die Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase.

Das inhaltsreiche, in diesem Centralblatt schon früher (1877 p. 85) von Fehling entsprechend gewürdigte Werk Winckel's hat in seiner 2. Auflage noch an Umfang zugenommen. So finden, um nur Einiges hervorzuheben, in den »anatomisch-physiologischen Vorbemerkungen« Oberdieck's anatomische Studien über die Harnröhren- und Blasenschleimhaut und die Kontroverse über die in der Nähe des Orif. ext. urethrae mündenden 2 Hauptlakunen, sog. Urethralgänge (Kock's Gartner'sche Kanäle), so wie neuere Versuche über die Resorptionsfähigkeit der Harnblasenschleimhaut besondere Erwähnung. Im pathologischen Theil ist die bezügliche Kasuistik vielfach und nicht zum geringsten Theile aus Verf. eigener reicher Er-

fahrung vermehrt. Bei den Operationen der Urinfisteln wird der neuen Vorschläge Schede's und Bandl's zur direkten Heilung der Harnleiterscheidenfisteln gedacht, der Nierenexstirpation bei Harnleiter-Uterusfistel, der Episiokleisis mit vorhergehender künstlicher Rectovaginalfistel bei zu großen Defekten der Blasenscheidenwand. Und so zeigt fast jedes Kapitel, mit welchem Fleiß und welcher Aufmerksamkeit Verf. seit Vollendung der 1. Auflage die neue einschlägige Litteratur im Auge behalten hat, wesshalb das Ganze auch vom neuesten Standpunkte aus als eine für den knappen Rahmen eines Handbuches erschöpfende Behandlung des Themas zu bezeichnen, der Lektüre und dem Studium angelegentlichst zu empfehlen ist.

**Kroner** (Breslau).

---

2) **R. Dohrn** (Königsberg i/Pr.). Zur Kenntnis der Mortalität in den öffentlichen Entbindungsanstalten Deutschlands während des Decenniums 1874—1883.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. Hft. 1.)

An der Hand mehrerer Statistiken macht Verf. zunächst darauf aufmerksam, dass für das platte Land und für die Privatentbindungsanstalten eine durchschlagende Einwirkung der antiseptischen Maßregeln auf die puerperale Mortalität bislang sich noch nicht hat erweisen lassen. Ob das Gleiche nun auch für die öffentlichen Entbindungsanstalten und speciell auch für die Kliniken gelte, müsse bei dem Mangel an zusammenfassenden Übersichten für diese Institute zunächst noch als offene Frage hingestellt werden, wenn auch vereinzelte Mittheilungen aus Anstalten die günstigen Erfolge der Antiseptik beweisen.

Diese Lücke wird nun durch die Arbeit des Verf.s in höchst dankenswerther Weise ausgefüllt.

Verf. richtete an sämmtliche Direktoren deutscher Entbindungsanstalten in Betreff der Einzeljahre 1874—1883 folgende 3 Fragen:

1) Wie viele Geburten sind in der Entbindungsanstalt vorgekommen?

2) Wie viele Wöchnerinnen sind in der Entbindungsanstalt gestorben?

3) Sind puerperalkranke Wöchnerinnen transferirt worden?

und giebt zunächst die erhaltenen interessanten Einzelresultate aus 47 Entbindungsinstituten[1] tabellarisch geordnet wieder, in Betreff deren das Original nachgesehen werden wolle. Nur die Hauptresultate können hier wiedergegeben werden.

Es ergab sich für obigen Zeitraum die Gesammtzahl von 104,287 Geburtsfällen mit 1429 Todesfällen = 1,37%, ein im Vergleich mit früheren Statistiken über öffentliche Entbindungsanstalten gewiss sehr gutes Resultat.

Weiterhin erörtert Verf. die interessante Frage, in welcher Weise

---

[1] Nur von 2 Anstalten war eine Auskunft nicht zu erhalten.

die verschiedenen Anstalten zu der Mortalitätsziffer kontribuiren, je nach der Art ihrer Ausnutzung. Hierbei ergiebt sich das bemerkenswerthe Resultat, dass die nur von Studirenden benutzten Unterrichtsanstalten die höchste Mortalität zeigen = 1,90 %, es folgen die Anstalten mit Unterricht zugleich für Studirende und Hebammen mit 1,42 %, die reinen Hebammenlehranstalten mit 1,13 %, während die Anstalten ohne Unterrichtsleistung mit 0,56 % den besten Procentsatz zeigen.

Die Besserung in der Mortalität in dem vorstehenden Decennium ist übrigens laut tabellarischer Übersicht (1874 = 1,63 %, 1883 = 0,96 % Mortalität) nicht gleichmäßig vorgeschritten, sondern mehrere Jahre, besonders 1881 (= 1,63 %), zeigen aus unbekannten Gründen für mehrere Anstalten einen erheblichen Rückgang. Im Ganzen aber ist die Besserung der Mortalitätsverhältnisse der öffentlichen Entbindungsanstalten Deutschlands seit Einführung der Antisepsis eine unverkennbare.

**Haidlen** (Stuttgart).

3) **Bockelmann** (Berlin). Die Mortalität der kgl. Universitätsfrauenklinik zu Berlin während der letzten 16 Semester.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. Hft. 1.)

Diese Arbeit schließt sich an R. Dohrn's Arbeit: Zur Kenntnis der Mortalität in den öffentlichen Entbindungsanstalten Deutschlands etc. an und bildet gewissermaßen eine Ergänzung derselben. Sie bezweckt die Ursache der relativ sehr starken Mortalität[1] von 2,83 % der kgl. Universitätsfrauenklinik zu Berlin zu erklären.

Indem Verf. die Resultate der letzten 16 Semester zusammenstellt und die Zahl der Operationen, der schwereren Geburtsstörungen und accidentellen Erkrankungen mit denen anderer Entbindungsanstalten vergleicht, ergiebt sich, dass die Schröder'sche Klinik unter den deutschen Entbindungsanstalten bei Weitem die relativ größte Zahl pathologischer Fälle und damit auch operativer Eingriffe aufweist, während außerdem sehr viele Kreißende in bereits erkranktem, ja desolatestem Zustande Aufnahme finden.

So kam in dieser Klinik unter 6252 Geburten 127mal Eklampsie vor, d. i. 1 Fall auf 49 Geburten (Anstalten zu München 1 : 522, Dresden 1 : 275, Charité 1 : 91 etc.) mit 27 Todesfällen = 14,5 % der Gesammtmortalität; ferner Placenta praevia 71mal = 1 : 88 (München 1 : 410, Charité 1 : 514, Königsberg 1 : 435, Tübingen 1 : 422 etc.), mit 13 Todesfällen = 8,2 % sämmtlicher Todesfälle. Weiterhin stellten besonders auswärts entstandene und dann hereingeschickte Uterusrupturen ein beträchtliches Kontingent zur Mortalität (14 % der Todesfälle).

Es ist demnach der ungewöhnlich hohe Mortalitätssatz der Berliner Universitätsfrauenklinik »vorwiegend durch accidentelle Geburtsstörungen und Erkrankungen veranlasst, während

[1] Der zweitungünstigsten unter allen deutschen Entbindungsinstituten.

dieselbe an den puerperal-fieberhaften Erkrankungen nicht mehr als andere Kliniken participirt«.

**Haidlen** (Stuttgart).

## 4) **Sommerbrodt** (Breslau). Über eine verbesserte Schreibvorrichtung für meinen Sphygmographen.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1886.)

Verf. empfiehlt einen Hilfsapparat zu seinem Sphygmographen, welcher es ermöglicht, dass man anstatt wie bisher nur auf 14 cm lange, jetzt auf 3 m lange Papierstreifen ununterbrochen schreiben kann, eine Verbesserung, welche für Unterrichtszwecke und experimentelle Untersuchungen sicher werthvoll ist. Eine Abbildung erläutert den Apparat.

**Haidlen** (Stuttgart).

## 5) **Fischel** (Prag). Über das Vorkommen von Pepton in bebrüteten Hühnereiern.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXIV. p. 425.)

Von der Vermuthung ausgehend, dass der Aufbau der embryonalen Gewebe vielleicht eben so die Erhaltung der fertigen durch Vermittlung von Pepton stattfinde, in welchem Fall in bebrüteten Hühnereiern Pepton sich auffinden lassen müsse, untersuchte Verf. eine Anzahl bebrüteter Hühnereier vom 2. bis 19. Bruttage. In einer Anzahl Eier vom 16. und 19. Bruttage gelang nun dieser Nachweis von Pepton. Bei der kleinen Zahl der Einzeluntersuchungen unterlässt es jedoch Verf. hieraus weitere Schlüsse zu ziehen, speciell auch in Betreff der noch unbekannten Ursache der Schwangerschaftspeptonurie.

**Haidlen** (Stuttgart).

## 6) **Lazarski** (Krakau). Über die Wirkung des Ergotins auf den Kreislauf und die Gebärmutter.

(Przegląd lekarski 1885. No. 44 u. 45.)

Verf. hat eine Reihe von Versuchen an Fröschen, Hunden und Kaninchen (bei letzteren unter Benutzung des Kymographions) mit dem im Handel vorkommenden Ergotinum Bonjean angestellt und erhielt keine übereinstimmenden Resultate. Nach Injektion verschiedener Präparate in wässeriger Lösung beobachtete er am Mesenterium und Schwimmhäuten schwach curarisirter Frösche schwächere mitunter stärkere Verengerung der Blutgefäße (ähnlich wie die früheren Forscher). Die bedeutendste Verengerung der Gefäße beobachtete er nach Injektion solcher Präparate, die bei Hunden und Kaninchen den Blutdruck besonders stark herabsetzten (ähnliche Wirkung bei der Sklerotinsäure). Nach Injektion von Präparaten, die ein bedeutendes Ansteigen des Blutdruckes bewirkten, war die Gefäßverengerung weniger ausgesprochen. Wenn Präparate, die mit kohlensaurem Natron neutralisirt, den Fröschen injicirt wurden, beobachtete man überall nur geringe Gefäßverengerung. Verf. schließt auf Grund

dieser Beobachtungen, dass die von den Autoren beobachtete Gefäßverengerung nach Ergotin dem sensiblen Reize zuzuschreiben sei, ferner dass nur dasjenige Ergotin bei Blutungen sich wirksam erweisen könnte, welches den Blutdruck erniedrigt, hingegen ein Ergotin, welches ein Ansteigen des Blutdruckes bewirkt, bei aktiven Blutungen eher schädlich wirken könnte. Da man aber von keinem Ergotin des Handels von vorn herein behaupten kann, wie dasselbe auf den Blutdruck wirkt, so erweist sich hier die Sklerotinsäure als das beste Mittel, welches konstant den Blutdruck herabsetzt und somit bei Blutungen wirken könnte. Verf. leugnet, dass die Sklerotinsäure Kontraktionen des Uterus hervorrufe.

Von den im Handel vorkommenden Ergotinpräparaten B. bewirkten nur wenige Uteruskontraktionen und wo solche beobachtet wurden, fand auch ein Ansteigen des Blutdruckes statt. Daraus schließt L., dass ein und dasselbe Ergotin, welches sich in geburtshilflicher Praxis wirksam erweisen würde, bei aktiven Blutungen sogar schädlich wirken könnte. Nach Injektionen von selbst bereiteten Ergotinpräparaten aus frischem, kurz vor der Reife des Roggens erhaltenem Mutterkorn, wurde Erniedrigung des Blutdruckes, aber niemals Kontraktion des Uterus beobachtet. Ergotin, welches aus einem 4—5 Wochen vor der vollkommenen Reife des Roggens gesammelten Mutterkorne dargestellt wurde, hat immer energische Uteruskontraktionen und bedeutendes Ansteigen des Blutdruckes hervorgerufen. Niemals gelang es aber Ergotin im Handel anzutreffen oder darzustellen, welches sowohl Uteruskontraktionen als auch Erniedrigung des Blutdruckes bewirkt hätte.

Dieses Ergotin, welches aus dem Mutterkorne von der frühesten Vegetationsperiode desselben erhalten, trächtigen Hündinnen und Kaninchenweibchen in verschiedenen Schwangerschaftsperioden injicirt wurde, verursachte Abortus resp. Frühgeburt. Unter 9 Fällen sind 2 Föten lebend geboren. **J. Rosner** (Krakau).

---

### 7) **Ziem** (Danzig). Über Nasenblennorrhoe bei Neugeborenen.

(Allg. med. Centralzeitung 1885. No. 101.)

Verf. hat in mehreren Fällen von eitriger Mittelohrentzündung mit gleichzeitiger Naseneiterung des neugeborenen Kindes einen blennorrhoischen Scheidenfluss der Mutter mit Sicherheit nachweisen können und vermuthet einen ähnlichen Entstehungsmodus der Nasenblennorrhoe Neugeborener wie der Conjunctivalblennorrhoe. Der Zweck der Arbeit ist, die Aufmerksamkeit der Ärzte auf die Frage nach der Häufigkeit der während der Geburt erworbenen Naseneiterungen zu lenken. Therapeutische, speciell auch die Prophylaxis betreffende Vorschläge will Verf. an anderer Stelle machen.

**Haidlen** (Stuttgart).

---

## 8) **Kehrer** (Heidelberg). Über die Nothwendigkeit einer genauen Genitaluntersuchung bei gewissen Uterinblutungen.

(Der praktische Arzt 1885. No. 12.)

Von der Thatsache ausgehend, dass von Frauen und Mädchen der größte Theil der Genitalblutungen schlechthin als »Periode« bezeichnet wird und dass bei der bekannten Scheu der Frauen, während der Periode sich untersuchen zu lassen, der Arzt und besonders der Hausarzt sich nur zu leicht bestimmen lasse, die Exploration zu unterlassen, erörtert Verf. einen Theil derjenigen, dem Gynäkologen von Fach wohlkekannten Fälle, wo gerade während des Blutabganges die Exploration wichtige Resultate ergiebt, welche vorher und nachher vielleicht nicht zu erhalten sind:

1) Schwangerschaftsblutungen, wenn die Frau sich nicht für schwanger hält.

2) Blutungen bei fibrösen Uteruspolypen können für menstruelle, mit wehenartigen Schmerzen verbundene Blutungen gehalten werden; oft ist nur während der Blutung selber die Spitze des Polypen zu fühlen, welche nach Aufhören derselben sich wieder in den Uterus zurückzieht.

3) Blutung bei Carcinoma uteri im Beginn der Krankheit.

4) Können Nachblutungen nach gynäkologischen Operationen (Discision, Keilexcision etc.) gleichfalls für »Periode« gehalten werden, während die Speculumuntersuchung sofort das Richtige ergiebt.

**Haidlen** (Stuttgart).

## 9) **Lomer** (Hamburg). Über die Anwendung der Zange am nachfolgenden Kopf.

(Vortrag, gehalten in der geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg.)
(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. Hft. 1.)

Die Frage, ob die Zangenoperation am nachfolgenden Kopf stets unnöthig (Schröder's Ansicht) oder ob dieselbe für gewisse Fälle von Werth sei (Credé's Meinung), ist bekanntlich in letzter Zeit öfter ventilirt worden.

Verf. hat als Assistent der Frauenkliniken in Leipzig und Berlin 3mal mit Erfolg die Zange am nachfolgenden Kopf angelegt d. h. nach längeren vergeblichen Extraktionsversuchen am Rumpf, als er schon die Perforation in Aussicht nahm, mittels Zange noch lebende Kinder erhalten, welche auch späterhin am Leben blieben. Für solche gewiss ziemlich seltene Fälle, »wo kein so erhebliches Missverhältnis zwischen Kopf und Becken existirt, dass die Perforation unbedingt nöthig wäre und man bei der lange sich hinziehenden Extraktion fürchten muss, dass bei längerer Zögerung das Kind sicher abstirbt«, empfiehlt Verf. die Operation, wegen der Schwierigkeit der Anlegung der Zange am nachfolgenden Kopf jedoch nur dem geübten Geburtshelfer. In Betreff der Fälle ist das Original nachzusehen.

**Haidlen** (Stuttgart).

# Kasuistik.

## 10) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Dresden.

113. Sitzung am 3. December 1885.

Vorsitzender: Herr Leopold, Schriftführer: Herr Bode.

Als Gäste anwesend die Herren: Meier aus Augustusbad, Hesse und Wermann. Als Mitglieder melden sich die Herren Meier und Wermann. Vorlesung und Genehmigung des Protokolls der vorigen Sitzung.

I. Herr Grenser: Über Endometritis fungosa et polyposa.

Redner bespricht an der Hand von ca. 30 selbst beobachteten Fällen zunächst die Endometritis fungosa und schildert deren Ätiologie, Verlauf, Anatomie, Symptome, Prognose und Therapie (Ausschabung) mit Zugrundelegung der Litteratur der letzten Jahre seit Olshausen's Arbeit. Zur Dilatation verwendet G. fast immer karbolisirte Pressschwämme, von denen 3 bis 4 nach einander eingelegt werden und sah danach, mit Ausnahme eines Falles von Parametritis, keine unangenehmen Folgen. Betreffs der Ätiologie hebt Redner eine Kranke hervor, bei welcher Insufficienz der Mitralis bestand und die mitunter auch an anderen Stauungserscheinungen litt. Bei der Nachbehandlung wendet G. intra-uterine Ausspülungen mit adstringirenden Mitteln und innerlich Ergotin an. Recidive wurden vom Vortr., selbst im Verlaufe mehrerer Jahre, nicht beobachtet. Am Schlusse vergleicht G. die Endometritis fungosa und die Endometritis polyposa und hält auch für die letztere die Behandlung mit der Curette für indicirt.

Diskussion: Herr Schramm beobachtete die größte Häufigkeit der Endometritis fungosa zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre. Symptomatisch auffallend war ihm meist ein Klaffen und eine besondere Zugänglichkeit des Muttermundes. Er dilatirt nie mit Laminaria, sondern mit Hegar'schen Stiften und fand die nachträgliche Kauterisation mit Liquor ferri besser als die mit Jodtinktur, wonach er Recidive beobachtete.

Herr Leopold hat sich genöthigt gesehen, schon bei einem Mädchen von 17 Jahren die Ausschabung vorzunehmen; es seien jedoch nach Jahren noch immer starke Blutungen wiedergekehrt. Eine Malignität des Falles habe sich durch das Mikroskop nicht feststellen lassen. Kurz vor oder im Klimakterium bilde die Endometritis fungosa sehr häufig den Übergang zum Carcinoma corporis. Bei Recidiven der fungösen Endometritis müsse man stets berücksichtigen, ob es sich nicht um multiple kleinste, vielleicht nur per rectum als Tuberanzen fühlbare Myome handele.

Redner hat die Endometritis fungosa nach Petroleumverbrennung auftreten sehen; oft bleibe dieselbe auch nach Typhus, Scarlatina etc. zurück.

Die nach Aborten auftretende Endometritis fungosa war in einer größeren Zahl von Fällen dadurch zu erklären, dass kleinste zurückgebliebene Chorionreste den Grundstock zu höckrigen oder ausgebreiteteren Wucherungen bildeten. Zur Diagnose bedient sich Herr Leopold gern der Sonde, mittels deren dem Geübten bei Endometritis fungosa das Gefühl des Einsinkens in ein dickes sammetartiges Gewebe, bei Endometritis polyposa das Hindurchgleiten zwischen Höcker und Unebenheiten auffalle. Besondere Berücksichtigung erforderten vor der Ausschabung die zeitlichen Kontraindikationen, die allerdings im gegebenen Falle oft schwer zu bestimmen seien. Lebhafte Entzündungsvorgänge in der Umgebung des Uterus seien ja leicht zu konstatiren; aber noch bestehende Reste früherer Parametritiden würden leicht übersehen und verdienten vollste Beachtung. Oft werde durch das einfache Sondiren eine leichte parametrane Entzündung angefacht, in deren Gefolge man, wenn vor der Ausschabung nicht nochmals untersucht werde, eine heftige Parametritis erleben könne.

Herr Leopold wendet theils Laminaria, theils die Hegar'schen Stifte allein oder in Verbindung mit den ersteren an; er halte jedoch die Dilatation selten für nothwendig, wenn die Erkrankung mit der Sonde erkannt sei. Zur Verschorfung benutzt er die Einführung eines mit Liquor ferri getränkten Watte-

bäuschchens und ordnet nach der Ausschabung 8tägige Bettruhe an. Auch nach der Ausschabung könnte die nächste und übernächste Periode noch profus auftreten.

Jodtinktur wendet Herr Leopold aus anatomischen Bedenken nicht an, da eine mehrmalige Jodeinspritzung in den nächsten Tagen nach der Ausschabung die Mucosa gänzlich zerstören müsse.

II. Herr Korn: Über Inversio uteri.

Redner spricht ausführlicher über Statistik, Ätiologie, Diagnose und Therapie der Inversio uteri. Die große Seltenheit der puerperalen Inversion gehe aus einer Zusammenstellung Braun's hervor, wonach unter 250000 gut geleiteten Entbindungen keine einzige Inversion beobachtet worden sei. Hauptbedingung für die Entstehung der Inversion sei eine Erweiterung der Gebärmutter mit partieller oder totaler Erschlaffung ihrer Wandung. Die häufigste Ursache sei daher die Geburt und zwar könne hier die Inversion akut durch Druck oder Zug, eine spätere Inversion aus einer einfachen ursprünglich bestehenden Depression hervorgehen. Eine Inversion durch Fibrome oder Sarkome komme nur dann zu Stande, wenn diese Geschwülste breit aufsitzend oder sehr kurz gestielt seien. Bezüglich der Therapie komme zunächst die möglichst frühe manuelle Reposition in Betracht, wobei besonders wesentlich die gehörige Fixation des Inversionstrichters entweder von den Bauchdecken aus sei, oder durch Zug am Muttermundsaum mittels Zangen, Bänder u. dgl. Dabei empfehle sich die Unterlassung der Narkose, damit man in der Schmerzreaktion einen Maßstab habe für die Grenze, bis zu der man ohne die Gefahr von Verletzungen Gewalt anwenden dürfe. Bei Anhaften an der ganzen Placenta, will Redner die Reposition ohne vorherige Placentarlösung vornehmen. Das Verfahren bei der manuellen Reposition verdeutliche am besten die von Emmet in seinem Lehrbuch gegebene Abbildung. Lasse die schonend ausgeführte manuelle Reposition im Stich, so trete die Kolpeuryse in ihr Recht, die man wochenlang fortsetzen könne. Durch den stetigen Druck des Kolpeurynters reinvertire sich der Uterus sehr oft von selbst. In den hartnäckigsten Fällen müsse man zur Abtragung schreiten, falls man nicht vorher die Methode von Thomas der direkten Erweiterung des Dilatationstrichters nach vollführtem Bauchschnitt und Reposition versuchen wolle. Vielleicht würde sich auch eine vollkommene Exstirpatio uteri per vaginam empfehlen, mit einer etwas modificirten Technik. Redner schlägt dazu als besonderes Verfahren vor, die Inversionsgeschwulst in 2 Hälften zu spalten, um dadurch eine leichtere und sicherere Unterbindung und Versorgung der parametranen Verbindungen zu erreichen. Nachdem er sodann noch mit wenigen Worten der spontanen Reinversion gedacht, theilt er folgenden von ihm beobachteten Fall mit:

Eine 27jährige IIpara erlitt bei ihrer Ende September 1885 erfolgten Entbindung eine heftige Blutung. Der erst 4 Stunden später hinzugekommene Arzt, Herr Dr. Fischer, fand eine vollkommene Inversion mit adhärenter Placenta. Nachdem derselbe die Placenta gelöst, versuchte er den Uterus zu reinvertiren, was ihm nicht gelang, wesshalb er von weiteren Maßnahmen abstand. Die betreffende Frau machte ein normales Wochenbett durch; sie will jedoch immer etwas Blut verloren haben. Als am 2.—3. November abermals sich starke Blutungen einstellten, wurde sie dem Entbindungsinstitut überwiesen. Man fand eine totale Inversion; Muttermund 5markstückgroß. Beide Tubenöffnungen leicht zu fühlen. Repositionsversuche misslangen. Kolpeuryse. Am anderen Tage Entfernung des Kolpeurynters und Wiedereinlegen desselben. Schon am nächsten Tage vollständig gelungene Reposition. Ergotin innerlich, noch einen Tag Kolpeuryse. Schnelle Erholung.

Diskussion: Herr Bode erwähnt den von ihm früher einmal referirten Fall puerperaler totaler Inversion mit Prolapsus, bei dem ihm nach 4½jährigen Bestehen durch konsequente energische Kolpeuryse die dauernde Reinversio gelang (cf. Centralbl. f. Gynäk. 1883 No. 10 Referat über Oktobersitzung 1882) und legt besonderen Nachdruck darauf, dass die schonend gesteigerte Kolpeuryse eine sehr energische sein müsse und dass man überhaupt in dieser Beziehung dem weiblichen Beckenraume ohne sonderliche Beschwerden eine große Kapacität zutrauen dürfe.

Das Vorkommen dieses Umstandes sei seiner Meinung nach vielfach die Ursache der oft gehörten Klagen über die ungenügende Wirkung der Kolpeuryse. In seinem Falle steigerte er die Kolpeuryse allmählich bis zu einer Anfüllung mit ca. 900 g desinficirter Lösung. Er betont die immerhin auffallende Thatsache, dass in vielen Fällen von Inversio uteri dieselbe entstand nach leichter und rascher Entbindung, allerdings öfter nach sog. Sturzgeburten und findet besonders erwähnenswerth den Vorschlag von Kiwisch, bei der manuellen Reposition zunächst die eine Tubenecke zu reinvertiren. Redner hat seiner Zeit an frisch puerperalen Leichen versucht, künstlich Inversionen herzustellen und erreichte dies leichter und in höherem Grade, wenn er den Druck von der Tubenecke aus wirken ließ, als vom Fundus aus.

Zum Schluss berichtet auch Herr Schütze über eine erfolgreiche Behandlung der Inversio uteri mittels Kolpeuryse.

---

### 11) **Axel Johansen** (Christiania). Fall von recidivirendem Krebs des S romanum; doppelseitige Eierstocksgeschwulst; Fibromata uteri.

(Nord. med. Arkiv Bd. XVII. Hft. 3. No. 20.)

Am 3. Februar 1882 hatte Prof. Nicolaysen bei einer 49jährigen Frau mit Glück die Resektion eines Stückes des S romanum wegen einer Krebsgeschwulst gemacht. Der weitere Verlauf dieses Falles bietet auch in gynäkologischer Beziehung großes Interesse dar.

Die Pat. befand sich wohl bis Anfangs 1883, wo sie mehrere Anfälle von Typhlitis stercoralis durchmachte. Anfangs 1884 stellten sich reichliche und häufige Gebärmutterblutungen ein, von einem stinkenden Ausfluss gefolgt. Pat. war verstopft, magerte ab.

Am 23. August 1884 fühlte man über der Symphyse eine halbmondförmige Geschwulst. Dieselbe wächst in den folgenden Monaten rasch, wird von heftigen Symptomen von Peritonitis, von Zeichen einer Darmocclusion und von reichlichen Gebärmutterblutungen begleitet. Bei einer am 30. November 1884 vorgenommenen Untersuchung fand sich die Kranke sehr abgemagert, mit heftigen Schmerzen im Leibe und großer Empfindlichkeit des Bauches. Das Colon transversum stark dilatirt. Der Leib aufgetrieben, Peripherie 93 cm. In der Bauchhöhle fühlt man eine große, unebene, undeutlich fluktuirende Geschwulst. Eine Probepunktion fällt negativ aus. Die Gebärmutter ist vergrößert, retrovertirt, unbeweglich. Im vorderen Lacunar zwei nussgroße Knoten. Die Kranke starb am 20. December. Die Sektion zeigte, dass die große Geschwulst nicht, wie man geglaubt hatte, vom recidivirenden Krebs, sondern von den zwei zusammengelötheten cystisch entarteten Eierstöcken gebildet wurde. Im Grunde der Gebärmutter zwei nussgroße interstitielle Fibrome. Außerdem fand sich eine Striktur des S romanum von einem villösen Recidiv des Krebses gebildet.

Verf. macht auf die Schwierigkeit der Diagnose in derartigen komplicirten Fällen aufmerksam. Vielleicht hätte eine frühzeitige doppelte Ovariotomie, von einer totalen Resektion des kranken Darmrohres begleitet, die Kranke retten können. Die Diagnose wurde aber auf Recidive in loco mit Metastasen im Mesenterium, in den breiten Mutterbändern und in der Gebärmutter gestellt.

**Leopold Meyer** (Kopenhagen).

### 12) **F. Westermark** (Stockholm). Ein Fall von Salpingitis gonorrhoica mit Gonokokken im Exsudat. Exstirpation. Heilung.

(Hygiea 1886. Bd. XLVIII. Januar.)

Die 32jährige Pat. war seit dem 13. Jahre regelmäßig menstruirt, ohne Schmerzen, reichlich, 7 Tage, alle 3 Wochen. Eine Entbindung am 18. November 1880; im Puerperium Unterleibsentzündung. Später war die Menstruation regelmäßig wie früher. Letzte Menstruation Ende März 1885. Am 3. April einmaliger Beischlaf, nicht später. Vom 22. bis 26. April wieder Blutung, dann Schmerzen im Leibe und schlechtes Allgemeinbefinden. Nach zwei Tagen wieder Blutung. Bald

musste Pat. das Bett hüten und im Mai trat sie in die Behandlung des Verf. Derselbe fand die Pat. mager und blass. Über Schmerzen im Hypogastrium klagend. Bauch nicht aufgetrieben. Urethra und Vulva gesund. Gebärmutter anteflektirt, beweglich, etwas vergrößert. Cervix nach beiden Seiten eingerissen, mit großer Erosion auf der vorderen Lippe. Purulente Sekretion aus dem Muttermunde. Links und dicht an der Gebärmutter findet sich eine elastische Geschwulst, ungefähr von der Größe der Gebärmutter. Die Geschwulst ist von der Gebärmutter deutlich getrennt, doch sehr nahe an derselben gelegen, erstreckt sich fast bis an die Beckenwand. Nahe an der Gebärmutter fühlt dieselbe sich als ein dicker Strang, dessen Größe nach außen bedeutend zunimmt. Die Geschwulst war nur wenig beweglich, die Palpation für die Pat. sehr schmerzhaft. Verf. glaubte eine Tubarschwangerschaft von 6 Wochen (nach dem letzten Beischlaf gerechnet) vor sich zu haben; die bedeutende Größe der Geschwulst wurde auf Rechnung der überstandenen puerperalen Perimetritis geschrieben. Als aber eine Probeauskratzung der Gebärmutter negativ ausfiel, und die Schleimhaut sich fest und hart zeigte, wurde diese Diagnose aufgegeben und die Diagnose Pyosalpinx gestellt. Nach einer erneuten Untersuchung in Narkose wurde am 24. Mai 1885 die Laparotomie gemacht. Uterusanhänge rechts normal. Die Geschwulst zeigte sich aus zwei Theilen zusammengesetzt: aus dem über hühnereigroßen, cystisch degenerirten linken Eierstocke und dem mit diesem intim verwachsenen, mehr wie zeigefingerdicken, vom injicirten Bauchfelle bekleideten linken Eileiter. Die Fransen waren mit dem Beckenboden verwachsen und bei der Trennung entleerte sich eine trübe, eiterähnliche Masse, die so vollständig als möglich mittels Schwämmen aufgesaugt wurde. Nach Anlegung einer ganzen Reihe von Ligaturen zur Seite von der Gebärmutter und dann halbkreisförmig nach links bis zur Befestigung des breiten Mutterbandes an der Beckenwand wurde die Geschwulst exstirpirt. Gründliche Beckentoilette mit Sublimatlösung 1 : 5000. Fast reaktionslose Heilung; Rectaltemperatur die ersten 5 Tage ungefähr 38, später normal. Am 9. Juni entlassen. Später wurde die Endometritis geheilt. Am 12. Oktober fanden sich keine palpablen Resistenzen in der Umgebung der Gebärmutter; keine Empfindlichkeit. Pat. ist völlig gesund, kann arbeiten. Menstruation normal.

Die exstirpirte Tube zeigte verdickte, mit Rundzellen infiltrirte Wandungen. Der Inhalt der Tube bestand aus Eiter- und Epithelzellen. Die bakteriologische Untersuchung wies unzweifelhafte Gonococcushaufen nach.

**Leopold Meyer** (Kopenhagen).

### 13) A. O. Lindfors (Lund). Zwei Fälle von Tuberculosis peritonei.

(Hygiea 1886. Bd. XLVIII. Januar.)

Der erste Fall betrifft einen 24jährigen Schmiedegesell, der nach wiederholten vorübergehenden Anfällen von Kolik, Stuhlverstopfung, Erbrechen etc. unter ileusähnlichen Symptomen starb. Die Obduktion zeigte folgenden Befund. Die Gedärme waren in eine dicke, lamellöse, schwartige Masse von grauweißer Farbe und halbfester, käsiger Konsistenz eingebettet und von derselben zusammengelöthet. Ein dünneres Exsudat von derselben Farbe und Beschaffenheit bedeckte die freien Flächen des übrigen Bauchfelles. Miliare Knötchen ließen sich dagegen mit bloßem Auge nicht entdecken. Die Mesenterialdrüsen waren bedeutend vergrößert und käsig degenerirt. Die rechte Pleurahöhle fand sich von dicken schwartigen Massen ausgefüllt; Lungen frei.

Der zweite Fall bietet in gynäkologischer Beziehung größeres Interesse, da es sich bei demselben um die Verwechslung eines abgekapselten Ascites mit einer Eierstocksgeschwulst handelt. Das 18jährige, sonst gesunde Dienstmädchen trat wegen einer seit einem halben Jahre im Leibe bemerkten Geschwulst ins Spital ein. Keine Schmerzen, kein Fieber. Regel normal. Urin eiweißfrei. An der Unterbauchgegend bemerkte man eine gleichmäßig kugelförmige Hervorwölbung, die eine undeutliche Grenze ein wenig über Nabelhöhe darbot. Perkussionston über der Geschwulst matt, sonst tympanitisch. Uterus normal, virginell. Eine Probepunktion entleerte eine helle, bierähnliche, nicht spontan

gerinnende Flüssigkeit; specifisches Gewicht 1,018. Diagnose: Cystische Geschwulst, wahrscheinlich ovariell. Am 25. Juni 1883 Laparotomie nach Lister; auch Spray. Das Bauchfell erwies sich verdickt, mit der Geschwulst verwachsen, nur nach oben frei. Nach Erweiterung der Peritonealwunde so weit, dass freier Einblick in die Bauchhöhle gewonnen ward, fiel sofort eine unzählbare Menge kleiner hanfkorngroßer Knötchen auf, die über das ganze Bauchfell zerstreut waren. Die vordere Wand der Geschwulst, die den unteren Theil der Bauchhöhle einnahm, war mit dem Peritoneum parietale untrennbar verwachsen; an der hinteren, oberen dünnen Wand waren Darmschlingen fest angelöthet. Bei einem Versuch, die Adhäsionen zu lösen, riss die membranähnliche Wandung ein und der Cysteninhalt entleerte sich, doch größtentheils durch die Bauchwunde. Die Entfernung der Cyste erwies sich als unmöglich. Nach gründlicher Toilette wurde die Bauchwunde geschlossen. Heilung fast reaktionslos. Am 8. Tage Entfernung der Nähte. Bauchwunde per primam geheilt. Nach wenigen Tagen stellte sich doch Fieber ein und eine große Menge Eiter entleerte sich durch den unteren Wundwinkel. Nach Einlegung eines Drainrohres und unter antiseptischen Ausspülungen hörte die Eiterung allmählich auf. Als die Pat. nach ein paar Monaten entlassen wurde, hatte sich die Geschwulst nicht reproducirt. Späteren Nachrichten zufolge befindet sich Pat. fortwährend völlig wohl, besorgt ihren Dienst und hat keine neue Flüssigkeitsansammlung bemerkt. Noch bei der Operation glaubte Verf. eine Eierstocksgeschwulst, mit tuberkulöser Peritonitis komplicirt, vor sich zu haben; jetzt zweifelt derselbe aber nicht daran, dass es ein Fall von auf tuberkulöser Peritonitis beruhender, abgekapselter Ascites gewesen ist.

**Leopold Meyer** (Kopenhagen).

### 14) A. H. Freeland Barbour (Edinburg). Mittheilung über einen Fall von Verminderung einer Albuminurie in der Schwangerschaft, zusammenfallend mit dem Tode des Fötus.

(Edinb. med. journ. 1885. Februar.)

Eine 21jährige junge Frau, die früher einmal im 3. Monat abortirt hat, bemerkte im 4. Monat ihrer 2. Gravidität zuerst Schwellung der Füße. Im 7. Monat, als die Ödeme fast sämmtliche Körpertheile bereits ergriffen hatten, kam sie zuerst zur ärztlichen Untersuchung. Der Urin, leider nicht auf Cylinder untersucht, enthielt $^3/_4$ Eiweiß. Fötaltöne waren laut und deutlich nachzuweisen. Milchdiät und Eisen wurden verordnet; nach 8 Tagen noch Status idem.

Als dagegen Verf. sie 14 Tage später wieder sah, waren die Ödeme vollkommen verschwunden, eben so, bis auf Spuren, das Eiweiß im Urin. Dabei war von Herztönen absolut, bei wiederholten Untersuchungen, nichts mehr nachzuweisen, und gab Pat. an, dass sie seit etwa 2 Wochen keine Kindsbewegungen mehr fühle und dass seit eben dem Termin die Schwellungen hätten angefangen abzunehmen. Am folgenden Tage Geburt eines 7monatlichen, macerirten Fötus.

An diesen Fall schließt Verf. kurz noch folgenden, ihm von Dr. Underhill mitgetheilten, an: Eine 34jährige Frau hat 4 Geburten und hierauf 2 Aborte gehabt; ein 3. Abort wurde vor 2 Jahren künstlich eingeleitet, wegen einer mit starker Albuminurie verbundenen bedrohlichen Erkrankung der Kranken. August 1878 neue Schwangerschaft, wachsender Eiweißgehalt bis zu $^1/_6$; Kopfschmerz, Übelbefinden, Anämie. Mitte Januar 1879 starb die Frucht ab und wurde Anfang März in stark macerirtem Zustand geboren. Vom Momente des Absterbens der Frucht aber erholte sich Pat. zusehends von Tag zu Tag und das Eiweiß im Urin verschwand. Kranke seitdem nicht wieder schwanger geworden.

Nur noch zwei weitere Fälle, von Leishman und Spiegelberg, war Verf. im Stande, in der Litteratur aufzufinden, wo ein ähnliches (bei Spiegelberg in gravid. extra-ut.) Zusammentreffen berichtet wurde.

Es spreche das direkt gegen die Annahme, das Auftreten von Eiweiß im Urin der Schwangeren sei auf Druck des Uterus auf die Ureteren zurückzuführen.

**Zeiss** (Erfurt).

15) **Henry E. Crampton** (New York). Vollständige Inversio uteri nach der Geburt.

(Amer. journ. of obstetr. 1885. Oktober u. November. p. 1009.)

Der Verf. theilt einen interessanten Fall aus seiner Praxis mit und knüpft daran eine Besprechung der Fälle, welche er in der Litteratur der letzten dreißig Jahre gefunden.

Der Fall betraf eine 28jährige IIpara, welche früher stets gesund war. Vor drei Jahren hatte dieselbe eine langdauernde schwere Zangenentbindung durchgemacht, hatte dann in Folge eines schweren Falles abortirt. Die jetzige Geburt verlief normal, doch musste wegen Wehenschwäche die Zange angelegt werden. Der Kopf wurde ohne Mühe und ohne Beihilfe von Seiten der Gebärmutter entwickelt, einige Schwierigkeit bereiteten die Schultern. Die Placenta wurde durch Druck und leichten Zug an der Nabelschnur entfernt. Die Gebärmutter kontrahirte sich gut, und als C. die Entbundene 7 Stunden später sah, befand sich dieselbe frisch und wohl und Alles schien in Ordnung. Nach einiger Zeit traten jedoch Schmerzen auf, verbunden mit eigenthümlicher Ruhelosigkeit, so dass C. veranlasst wurde, eine Vaginaluntersuchung vorzunehmen. Zu seinem Erstaunen fand er in der Scheide einen runden, leicht blutenden Tumor, welcher dieselbe ausfüllte, den invertirten Uterus. Ein Versuch der Reposition misslang, da neben heftigen Schmerzen sehr bedrohliche Erscheinungen von Synkope sich zeigten. Erst nach wiederholtem, stundenlang fortgesetztem Druck in tiefer Narkose gelang es, den invertirten Uterus in seine Lage zurückzubringen. Die Frau starb nach einigen Stunden an Erschöpfung.

C. hat 224 Fälle in der Litteratur gesammelt, welche in der Zusammenstellung von Crosse aus dem Jahre 1846 nicht enthalten sind. Das Resultat seiner Untersuchung fasst er in nachfolgenden Sätzen zusammen:

1) Die Inversion der Gebärmutter ist die Folge einer Parese eines Theiles der Uterusmuskulatur, welcher nicht nothwendig die Insertionsstelle der Placenta zu sein braucht. Die Ursache dieser Parese ist in schwächenden Momenten zu suchen, wie häufige und rasch auf einander folgende Schwangerschaften, lang dauernde Geburten, Aborte, Traumen, überstürzten Geburten und, besonders bei Primiparen, nervöse Reize und Aufregung. Zug an der Nabelschnur kann Prolaps, mehr oder weniger vollständig, verursachen. Allein für sich wird derselbe niemals Inversion bedingen, wohl aber dieselbe erleichtern, falls Parese besteht.

2) Dieselbe tritt häufiger bei ersten als bei nachfolgenden Geburten ein.

3) Die Ursache davon ist in der eigenthümlichen Aufregung zu suchen, welche den ersten Entbindungen voranzugehen pflegt und dieselben begleitet, und welche auf den ermüdeten Uterusmuskel, welcher zum ersten Mal in Aktion trat, besonders intensiv einwirkt. In ähnlicher Weise entsteht in den meisten Fällen die Eklampsie bei Primiparis aus analogen Gründen.

4) In der großen Majorität der Fälle von frischen Inversionen genügt ein fester, anhaltender Druck in der Narkose auf den invertirten Uterus zur Reposition.

5) Bei chronischer Inversion besteht die wirksamste Behandlung in vorsichtigem, dauerndem, sich langsam steigerndem Druck mittels der Hand oder Instrumenten oder beider kombinirt. Gewaltsame Reposition ist gefahrvoll. Im äußersten Falle ist die Exstirpation indicirt.

6) Chronische Inversion würde nicht vorkommen, wenn jeder Arzt 24 Stunden nach der Entbindung genaue Exploration vornehmen würde.

7) Die Prophylaxe ist dieselbe wie diejenige gegen Puerperaleklampsie.

**Engelmann** (Kreuznach).

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 11.** **Sonnabend, den 13. März.** **1886.**



## I. Ein Fall von centraler Dammruptur.

Von
**H. Münster** (Königsberg i/Pr.).

Die allermeisten Dammrisse gehen in der Art vor sich, dass zuerst von innen her die Schleimhaut der Vagina, dann die Fascienlage und Muskulatur und zum Schluss die äußere Haut vom Frenulum abwärts einreißt (peripherer Dammriss). Bei Weitem seltener kommt es unter starker Vorwölbung des Dammes, besonders in seiner hinteren Partie, und Verziehung der Vulva nach vorn und aufwärts nach Durchreißen der Vaginalschleimhaut, Muskeln und Fascien zur Verdünnung einer umschriebenen Hautpartie in der Mitte des Dammes und Einreißen derselben, so dass eine kleine Partie des vorliegenden Kopfes in der Dammspalte sichtbar wird, wonach dann der Riss sich nach vorn und hinten vor dem nachrückenden Kindestheil erweitert (centraler Dammriss). Bei dem Weiterreißen nach vorn geht in der Regel das Frenulum mit verloren, so dass die Frucht, welche ursprünglich die Tendenz hatte, den Damm in seinem Centrum zu durchbrechen, schließlich doch auf dem gewöhnlichen Wege geboren wird. Fälle von centraler Dammruptur mit Durchtritt des Kindes durch den Riss, so dass vorn eine Hautbrücke und hinten der Sphincter ani stehen bleibt, gehören zu den Seltenheiten. Bei der Durchsicht der einschlägigen Litteratur konnte ich außer den von

Birnbaum (Schmidt's Jahrb. Bd. XL) und Liebman (Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. I p. 400) 1843—1877 gesammelten Beobachtungen für die Zeit von 1877—1885 nur 4 weitere von Duncan, Kroner, Rein und Stadtfeld (s. Jahrb. Bd. CLXXXIV p. 361; CLXXXV p. 156; CLXXXVII p. 211 und CLXXXIX p. 50) auffinden. Es sei daher die Mittheilung eines eigenen Falles gestattet.

Am 27. November 1885 wurde ich zur Hilfeleistung bei einer soeben Entbundenen gerufen mit der Benachrichtigung, dass das Kind durch den After geboren wäre. Dem Bericht der Hebamme nach waren bei der 32jährigen Ipara am Abend die ersten Wehen aufgetreten, sie selbst war 3 Stunden nach dem Geburtsbeginn zur Stelle gewesen, hatte den Kopf tief im Becken, den Muttermund vollständig eröffnet, die Blase gesprungen, die Frucht in 1. Schädellage vorgefunden. Nach 2stündiger kräftiger Wehenthätigkeit rückte der Kopf auf den Damm, drängte denselben stark hervor, wurde in der Schamspalte sichtbar, und trat dann plötzlich bei einer kräftigen Wehe, als der Dammschutz gerade beginnen sollte, anscheinend zum After heraus, wonach eine weitere Wehe den Rumpf zu Tage förderte. Bei der Besichtigung der Genitalien fand ich die Vulva vollständig intakt, quer verzogen und stark nach vorn und aufwärts gerichtet; unterhalb des Frenulum stand eine ca. 3 cm breite Hautbrücke, und unter dieser eine klaffende, glattwandige Öffnung, aus welcher die Nabelschnur heraushing. Die Öffnung reichte bis zu dem intakten Sphincter ani hinab. Es handelte sich demnach um eine Centralruptur des Dammes mit Durchtritt der Frucht durch den Riss. Der Uterus war atonisch, blutete zeitweise und konnte nur durch anhaltendes Massiren zu Kontraktionen angeregt werden; die Placenta wurde schließlich $1\frac{1}{2}$ Stunden post partum exprimirt, wobei dieselbe den Riss passirte. Es folgte eine ziemlich abundante Blutung aus dem Uterus, welche auf 3 subkutane Ergotininjektionen (1 : 5) und Irrigation des Uterus mit Karbol-Eiswasser stand. Bei Freilegung der Genitalien in Steißrückenlage zeigte sich ein reichlich 10 cm langer, klaffender Riss; die Ränder desselben waren im vorderen Dritttheil glatt, in den hinteren Partien buchtig und zackig; der Riss reicht bis an den Sphincter heran und umfasst denselben bogenförmig nach rechts und links. Die hintere Vaginalwand ist glatt durchbrochen, der in den Introitus eingeführte Zeigefinger erscheint sofort in der Dammspalte. Die Rissränder lassen sich ohne Mühe weit aus einander ziehen, wobei die blauschwarz verfärbte, stark geschwellte vordere Muttermundslippe im vorderen Risswinkel sichtbar wird, und zeigt sich dabei die Öffnung so groß, dass der Durchtritt einer Frucht durch dieselbe wohl plausibel erscheint. Die starke Dehnbarkeit des Risses in die Quere ist dadurch bedingt, dass der Riss dicht vor dem Sphincter ani sich in 2 Schenkel theilt, welche rechts und links im Bogen um den Sphincter herumlaufen. Der durch die Blutung erschöpften Wöchnerin wurde Ruhe gelassen und erst 8 Stunden später in Chloroformnarkose zur Naht geschritten. Nach Desinfektion des Uterus und der Scheide so wie der äußeren Genitalien wurden die Wundränder ausgiebig mit der Schere geglättet, und die Wunde durch 14, zumeist sehr tief fassende Karbolseidennähte vereinigt; von der Anlegung besonderer Vaginalnähte wurde Abstand genommen. Die Vagina wurde mit Jodoform ausgefüllt, der Damm mit Jodoform eingepudert und die Wöchnerin mit zusammengebundenen Knieen gelagert. — Das Gewicht des Kindes betrug 2800 g, seine Länge 46 cm, Kopfumfang 34 cm, Schulterumfang 32 cm; Diam. fronto-occip. 11; Diam. bitemp. 8; Diam. bipar. 9 cm.

Der weitere Verlauf gestaltete sich günstig. Die Rückbildung des Uterus verlief ohne Störung. Die Wöchnerin hielt 14 Tage Rückenlage ein; der Urin musste in der ersten Woche mit dem Katheter entleert werden, für Defäkation wurde vom 3. Tage ab durch Ol. Ricini gesorgt, die Genitalien wurden 2mal täglich mit 2%igem Karbolwasser äußerlich abgespült und mit Vorlagen von Jodoformwatte versehen. Die Nähte wurden am 8. und 10. Tage entfernt. Es zeigte sich, dass bis auf eine für eine dicke Sonde durchgängige Öffnung im hinteren Wundwinkel prima intentio eingetreten war. Diese Öffnung, welche keine Kommunikation mit

der Scheide hatte, schloss sich auf zweimalige Ätzung mit Argentum nitr. in Substanz in 10 Tagen vollständig, so dass Wöchnerin mit Ablauf der 4. Woche geheilt das Bett verließ.

Die Beckenmessung ergab: Diam. sp. 26, Diam. crt. 28,5, Dist. troch. 33, C. B. 20. Bei der inneren Untersuchung erschien der Schoßbogen weit und klaffend, das Promontorium war für 2 Finger knapp erreichbar. Die Neigung des Beckens war auffallend gering, der Introitus vaginae stark nach vorn und aufwärts gerichtet, die hintere Vaginalwand glatt angeheilt, der Damm straff und breit, die Dammnarbe glatt und fest.

Das Zustandekommen des centralen Dammrisses erklärt sich in dem vorliegenden Fall aus der geringen Neigung des Beckens, in Folge deren der Kopf nicht ausgiebig mit dem Hinterhaupt unter der Symphyse hervortrat, sondern frühzeitig und andauernd auf die hinteren Dammpartien drückte, und dieselben schließlich durchbrach.

---

(Aus der gynäkologischen Klinik zu Gießen.)

## II. Beitrag zur Entstehung des Uteringeräusches.

Von

Dr. **Paul Wehmer**, Assistenzarzt.

Die Entstehungsweise des Uteringeräusches ist schon häufig Gegenstand lebhafter Diskussion gewesen. Von einzelnen Autoren wurde der Ursprung desselben in die Iliaca communis, von Anderen sogar in die Art. epigastrica verlegt. Gegenwärtig sind wohl die Geburtshelfer darüber einig, dass das Geräusch in weitaus den meisten Fällen in den großen am Seitenrande des Uterus heraufsteigenden Arterien, den Ästen der Art. uterina und spermatica interna, entsteht.

Von hier aus kann man das Geräusch gewiss recht häufig bis zu den größeren an der Placentarstelle verlaufenden arteriellen Gefäßen verfolgen, wenn auch die Stelle, wo es am deutlichsten gehört wird, in keiner Weise einen direkten Rückschluss auf den Sitz der Placenta gestattet. Anders liegen die Verhältnisse bei der Extrauterin-Schwangerschaft, wo in der That jedes stärkere in der Wand des Fruchtsacks vernehmbare Gefäßgeräusch desswegen auf den Sitz der Placenta hinweist, weil dieser Stelle doch wohl ausnahmslos die stärkste Gefäßentwicklung entspricht[1]. Selbstverständlich brauchen das gar nicht Äste der Genitalarterien zu sein.

Auch nach anderer Richtung ist die Genese des Uteringeräusches keine einheitliche. Neben blasenden, zischenden, mit der mütterlichen Herzsystole synchronen, also offenbar arteriellen Gefäßen entstammenden Geräuschen hört man bisweilen ein kontinuirliches, schnurrendes oder summendes Geräusch, aus welchem sich einzelne mit dem mütterlichen Puls zusammengehende, blasende Geräusche mehr oder minder deutlich hervorheben. Solche Geräusche haben die größte Ähnlichkeit mit dem Nonnengeräusch an der Jugularvene und können wohl nur in venösen Gefäßen resp. an solchen Stellen

---

[1] Schröder, Lehrbuch der Geburtshilfe. 8. Aufl. p. 99 Anm. — Kaltenbach, Centralblatt für Gynäkologie. 1881. No. 21. Beilage.

entstehen, wo arterielle Gefäße direkt in größere Blutsinus übergehen.

Es liegt mir indessen fern, hier auf dies absolut noch nicht erschöpfend durchforschte Gebiet der Genese des Uteringeräusches im Allgemeinen einzugehen, sondern ich theile die nachstehende Beobachtung lediglich aus dem Grunde mit, weil der Nachweis der Herkunft der häufigsten Form des Uteringeräusches in einer bisher noch nicht beschriebenen Weise mit voller experimenteller Schärfe geführt werden konnte.

A. Z., IVpara, 37 Jahre alt, Tagelöhnersfrau, befand sich zur Zeit der Untersuchung am Ende des letzten Monats der Gravidität. Es ist starker Hängebauch vorhanden. Der Uterus liegt dextrovertirt. Es besteht starke Diastase der Mm. recti, welche unterhalb des Nabels jederseits 10 cm von der Linea alba lateralwärts gedrängt erscheinen. Dazwischen sind die Bauchdecken papierdünn und durchscheinend. Man sieht durch dieselben ein starkes Gefäß von der linken Seite her innerhalb der Uteruswand verlaufen. Dasselbe pulsirt deutlich, erscheint mehrfach geschlängelt und überschreitet die Mittellinie des Uterus, nachdem es sich in Nabelhöhe gabelig in zwei Äste getheilt hat. Seine mit dem mütterlichen Puls synchronen Pulsationen kann man mit dem Auge bis ca. 10 cm nach links vom Nabel hin verfolgen. Weiter lateralwärts werden die Konturen des Gefäßes durch die Muskeln der Bauchwand verdeckt.

Dass das Gefäß nicht etwa innerhalb der Bauchdecken lag, wurde dadurch bewiesen, dass es der Lageveränderung des Uterus folgte, dagegen bei Verschiebung der Haut an derselben Stelle liegen blieb. Da auch eine Torsion des Uterus mit der linken Seitenkante nach vorn bei dem symmetrischen Abgange der Lig. rot. auszuschließen war, so handelte es sich hier offenbar um ein ungewöhnlich starkes, durch die vordere Gebärmutterwand verlaufendes Gefäß.

Die Auskultation über der Gefäßgabelung ergiebt an dem unter dem Nabel hinziehenden Ast ein deutlich schwirrendes Geräusch, synchron mit dem Puls der Mutter. Die Erschütterung der Arterienwand lässt sich hier auch deutlich mit den Fingerspitzen fühlen. Von dieser Stelle aus kann man das schwirrende Gefäß auskultatorisch und palpatorisch bis zum linken Rande des Beckeneingangs herab verfolgen. Durch starkes Andrücken des Stethoskops, so wie durch Kompression in centraler Richtung des Gefäßverlaufs lässt sich das Geräusch vollkommen zum Verschwinden bringen. Bei bimanueller Untersuchung konnte man das schwirrend pulsirende Gefäß bis an den Seitenrand des Uterus, ja bis zu seiner Abgangsstelle aus der Art. hypogastrica verfolgen. Besonders leicht gelang dies in der Narkose. Dagegen erfüllte letztere nach anderer Richtung hin die Erwartung nicht, das Gefäßphänomen auskultatorisch genauer studiren zu können. Denn das vorher im ganzen Gefäßverlauf deutlich hörbare Geräusch verschwand in der Narkose vollständig; es muss dies wohl der durch die Narkose bedingten Herabsetzung des

intraarteriellen Drucks zugeschrieben werden. Nach dem Erwachen aus der Narkose war das Geräusch, so wie das Schwirren der Gefäßwand sofort wieder wahrnehmbar.

Bald darauf stellten sich präparatorische Kontraktionen ein und nach Verlauf zweier Tage erfolgte die Geburt. Während der Wehen wurde das Geräusch höher und klingender. Nach der Geburt war es in allmählich abnehmender Stärke noch zwei Tage wahrnehmbar.

Die Thatsache, dass das Uteringeräusch durch Kompression der neben dem Cervix des Uterus heraufziehenden arteriellen Gefäße zum Verschwinden gebracht werden kann, war schon bekannt[2]. Aber bis jetzt ist es meines Wissens noch nie gelungen, die Herkunft des Geräusches und alle Bedingungen, welche auf seine Genese und Qualität von Einfluss sind, in so überzeugender Weise zur Anschauung zu bringen, wie dies in vorstehender Beobachtung bei der ungemein starken Entwicklung eines anormalen Astes der Uterina möglich war.

Interesse bot vorliegender Fall auch noch in anderer Richtung. Bei der ersten Beobachtung am Morgen lag das gabelig getheilte, innerhalb der Gebärmutterwand verlaufende Gefäß in der Höhe des Nabels. Bei einer Wiederholung der Untersuchung an demselben Abend dagegen lag es über dem Nabel. Es war dies einfach darauf zurückzuführen, dass sich beim Stehen und Gehen der Frau das bekannte starke Stauungsödem im Gebiet der Vena epigastrica inferior ausgebildet hatte, wobei die beutelartig herunterhängende Haut die schlaffen Bauchdecken mit dem Nabel stark nach abwärts zerrte. Ich führe diese Beobachtung an, weil sie in handgreiflicher Weise die Unsicherheit einer jeden ausschließlich nach dem Stand des Nabels bemessenen Höhenbestimmung für den Uterus klarstellt.

---

## III. Zur Prophylaxis des Hängebauches der Frauen.

Von

**Dr. J. Elischer,**

Docent an der Universität in Budapest.

Anknüpfend an die gleichlautende Mittheilung von Prof. Czerny (d. Blatt 1886 No. 3), finde ich mich veranlasst, nachstehende Zeilen zu veröffentlichen.

Die Furcht vor zurückbleibendem Hängebauch ist besonders unter jüngeren Frauen eine mit vollem Recht ziemlich verbreitete; besonders wo zufolge weiterer Verhältnisse (Rasse, Klima etc.) die Disposition dafür vorhanden ist; so in Ungarn bei gewissen Stämmen insbesondere.

Selbst die niedrigere Volksklasse geht dagegen prophylaktisch vor und legt theils schwere Kissen, theils 2—3 Leintücher (immerhin ein respektables Gewicht) unmittelbar nach der Entbindung auf den Unterleib, oder es werden Fetteinreibungen (also in gewissem Sinne Massage) angewendet.

Vor mehr als 5 Jahren habe ich nach einer schweren Entbindung (IIIpara, vernachlässigte Querlage, Wendung, Zangenextraktion) wegen ungemeiner Empfindlichkeit des Abdomen und Fiebertemperatur dreistündige Einwicklungen des Unter-

---

[2] Rotter, Archiv für Gynäkologie Bd. V.

leibes mit Prießnitzumschlägen vorgenommen und dieselben, da die Betreffende sich nicht genug des wohligen Gefühles rühmen konnte, das ihr aus der »Festigkeit des Unterleibes« entstand, auch späterhin bei normalen Entbindungen — wenn auch nicht so häufig wechselnd, sondern bloß früh und Abends aufgelegt — angewendet und auf die Zeit des Wochenbettes (bei besseren Klassen 14 Tage) ausgedehnt. Vorzügliche Dienste leisteten diese Einwicklungen bei schmerzhaften Nachwehen.

Gleichzeitig konnte ich aber auch die mit Czerny übereinstimmende Wahrnehmung machen, dass nach dem Wochenbette die Bauchdecken stramm, und die oft bedeutenden Schwangerschaftsnarben kaum mehr als liniendicke rothbräunliche Striche zu sehen waren.

Seitdem nehme ich diese Einpackungen in feuchte Binden oder in Ermangelung derselben in ein grobes Leintuch (4fach der Länge nach zusammengelegt und mit wasserdichtem Stoff oder Guttapertschapapier bedeckt) regelmäßig nach jeder Entbindung mit bestem Erfolge vor; obschon ich bemerken muss, dass es häufig des Aufgebotes der ganzen ärztlichen Autorität bedarf, um die Furcht der Umgebung vor einer »Erkältung der Wöchnerin« zu bannen.

Diese Maßnahme lässt sich überall ihrer Einfachheit halber leicht durchführen und nach meiner Erfahrung befolgen sie die Frauen eben wegen der durch das feste Umbinden hervorgerufenen Annehmlichkeit und der leichten Beweglichkeit im Bette mit um so größerer Gewissenhaftigkeit, wenn ihnen nahe gelegt wird, dass dadurch der Hängebauch vermieden werden kann.

Es macht aber, genügend lange angewendet (ich verordne, wie bemerkt, in der Regel 14 Tage, womöglich länger), auch die nachträglichen Bandagen (Leibbinden etc.) unnöthig. Letzteren haften übrigens mehrfache Übelstände an; vor Allem steht der Kostenpunkt oben auf; denn in den unteren Klassen ist es ja überhaupt mit Anschaffungen bei den durch den Familienzuwachs bedingten Mehrausgaben schlecht bestellt —, und selbst die besseren scheuen jede Bandage, weniger wegen den Kosten, als der Unbequemlichkeit des Anlegens und Tragens, der Difformität der Toilette, endlich der Erytheme und was vor Allem ins Gewicht fällt, der großen Wärme, die eine korrekte Bandage des Abdomen (wie man es hier nennt ein »Unterleibsmieder«) besonders in der heißen Jahreszeit hervorruft.

Gewiss dürften die Fachgenossen in ähnlicher Weise bereits vorgegangen sein, und möchte mein Verfahren weiter keinen Anspruch auf Originalität erheben; nichtsdestoweniger unterbreite ich dasselbe, weil ich, gestützt auf eine längere, wenn auch nicht überreiche Erfahrung die Bedenken zu zerstreuen vermag, die Prof. Czerny in seinem Schlusssatze betont, und weil das Verfahren seiner Billigkeit, Einfachheit und Nützlichkeit halber weitere Prüfung und Verbreitung verdient. Des Dankes der Wöchnerinnen bin ich im Vornhinein sicher.

---

# IV. Die Tuba Fallopiae als einziger Inhalt einer Hernia inguinalis.

Von

Dr. M. Vogel in Eisleben.

Frau H., 38 Jahre alt, hat 3mal geboren, das letzte Mal vor 4 Jahren. Einige Zeit nach dem ersten Wochenbette, vor ca. 8 Jahren, hatte sie einstmals an Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend gelitten. Der Arzt hatte damals eine typhlitische Affektion vermuthet; unter Ruhe und Umschlägen waren die Schmerzen in einigen Tagen wieder vergangen. Im vorigen Jahre hatte sie ganz ähnliche Empfindungen, und konsultirte mich desswegen. Objektiv ließ sich jedoch nichts nachweisen, auch schien keine Bruchanlage vorhanden zu sein, da ich die Pat. darauf hin untersucht habe. Die Schmerzen schwanden auch dies Mal hauptsächlich durch Bettruhe; Pat. hatte während der 8 Tage dauernden Krankheit einige Male erbrochen.

Am 4. November dieses Jahres bemerkte die Pat. früh nach dem Aufstehen eine Geschwulst und zog mich desswegen am Nachmittage zu Rathe. Ich fand einen rechtsseitigen Leistenbruch von der Größe eines Hühnereies vor, der bei Berührung schmerzhaft war. Da die Reposition desselben nicht gelang, chloroformirte ich die Pat. tief, und versuchte die Reposition nach verschiedenen Methoden, allein vergeblich. Da die Dunkelheit schon eingetreten war, verschob ich die nunmehr für nothwendig erachtete Operation durch Bruchschnitt auf den anderen Morgen. Herr Kollege Rensch hierselbst war so freundlich, mir am folgenden Tage zu assistiren. Pat. hatte in der Nacht einige Male gebrochen; die Bruchgeschwulst war geröthet und sehr schmerzhaft geworden, was den Tags vorher unternommenen Reduktionsversuchen mit zuzuschreiben war. Auch in der erneuten Chloroformnarkose, die durch häufiges Brechen und Würgen gestört wurde, gelangen unsere beiderseits unternommenen Repositionsversuche, wie vorauszusehen, nicht, und ich schritt desshalb ohne Aufenthalt zum Bruchschnitt. Nach Durchtrennung der Haut und Fascie zeigte sich der Bruchsack geröthet und die Bruchpforte als sehr eng und unnachgiebig, wesshalb ich den Bruchsack eröffnete. Das abfließende röthliche Bruchwasser bildete den Hauptinhalt des Bruchsackes, der nunmehr stark zusammensank. Als ich den Schnitt genügend erweitert hatte, fand sich ein Organ darin vor, das ich beim ersten Anblick für den Processus vermiformis hielt, jedoch nur für einen Augenblick, denn es zeigten sich wesentliche Abweichungen von der Gestalt dieses Organs und ich überzeugte mich, dass ich den Eileiter vor mir hatte. Die Tube lag in Windungen in dem Bruchsacke, ihr peripheres Ende lag in der Nähe der Bruchpforte, nahe dem centralen Ende. Sie war ca. 10 cm lang vorgefallen und im peripheren Drittel des vorliegenden Theils ca. 12 mm dick, im centralen Drittel ungefähr halb so stark. In dem peripheren Theile war sie stark hyperämisch einestheils durch Strangulation durch die Bruchpforte, anderntheils wohl in Folge der Tags zuvor unternommenen Reduktionsversuche. Die Fransen am Abdominalende waren kurz und schwammig. Die Tubenendigung bot den Anblick einer dunkelrothen Scheibe, die in der Mitte eine flache trichterförmige Vertiefung hatte, in deren Mitte wiederum das Ostium ganz deutlich zu sehen war. Sondirt wurde letzteres absichtlich nicht, um in dem hyperämischen Gewebe nicht Einrisse und Blutung zu bewirken. Eine größere ca. $1^1/_2$ cm lange vereinzelte Franse befand sich am unteren Rande der Tubenendigung. Nach dem Centrum zu folgte oberhalb der Fimbrien eine leichte Einschnürung und darauf eine ampullenartige Erweiterung der Tube. Die letztere zeigte bei der versuchten Streckung zwei flache in der Mitte verdickte Bögen, die durch zwei dünne Mesenterien (Bruchstücke des Lig. latum) gehalten wurden. Nach der Bruchpforte zu nahm die Hyperämie und Schwellung ab. Die Tube war an der Bruchpforte mit der letzteren verwachsen. Die Bruchpforte selbst war so eng, dass sie dem Durchschnitte der Tube gerade entsprach. Mit Mühe konnte eine geschlossene Pincette neben der Tube in den Bruchkanal eingeführt werden. Bei allen nunmehrigen Versuchen, die von der Verwachsung befreite Tube zu reponiren, schien die Kranke in Folge des Berührens der Tube trotz tiefer Chloroformnarkose heftigen Schmerz zu empfinden, da sie jedes Mal das Bein emporzuziehen und sich zu krümmen versuchte.

Da durch stumpfe Gewalt nicht Platz für das verdickte Abdominalende der Tube geschafft werden konnte, so machte ich in die Bruchpforte ein paar kleine Einschnitte, und es gelang nun leicht, die Tube in die Bauchhöhle zurückzuführen, nachdem vorher das ganze Operationsterrain mit warmer Borsäurelösung abgewaschen war. Die Gestalt des Bruchkanals ergab, dass es sich um eine Hernia inguinalis directa gehandelt hatte. Ich umschnürte den Bruchsack mit Katgut dicht an der Bruchpforte und trug ihn unterhalb der Ligatur ab. Die Wunde wurde durch Naht geschlossen, drainirt und ein Verband aus Jodoformgaze nebst Holzwollekissen angebracht. Der Wundverlauf war reaktionslos und ohne Fieber, obgleich sich Pat. in Folge des Chloroforms einige Tage übel befand. Die Nähte wurden beim ersten Verbandwechsel nach 7 Tagen entfernt, die Heilung der Wunde ging schnell von statten und die Pat. hat nur wegen großer Schwäche das Bett

länger gehütet. Schmerzen sind in der Unterbauchgegend nach der Operation bis jetzt nicht wieder aufgetreten.

Eine spätere innere Untersuchung der Geschlechtstheile hat außer einer nicht unbedeutenden Anteversio uteri nichts Abnormes ergeben; auch habe ich die Appendices des Uterus nicht fühlen können.

Es ist wohl außer Zweifel, dass die schmerzhaften Affektionen in der Unterbauchgegend, an denen die Pat. früher zweimal gelitten hatte, von Verlagerungen und Zerrungen der Tube herrührten. Dieselbe wird wohl durch eine abnorme Beschaffenheit des Lig. latum von Anfang an frei in der Bauchhöhle beweglich gewesen sein und da sie nur am uterinen Ende fixirt war, konnte sie durch die Bewegungen der Eingeweide von letzterem gezerrt und gedrückt werden. Es mag sich hierbei eine beträchtliche Verlängerung des Organs, die zu Wanderungen disponirte, ausgebildet haben, denn es ist doch anzunehmen, dass trotz der Anteversio uteri die Länge des zwischen der Bruchpforte und dem Uterus liegenden Tubenstückes noch immer mehrere Centimeter betrug.

In der mir zugänglichen Litteratur habe ich nur einen einzigen analogen Fall von Bérard erwähnt gefunden, bei welchem die Tube den alleinigen Inhalt des Bruchsackes bildete; es handelte sich um einen linken Cruralbruch. Hiernach würde dieser mein Fall der zweite bisher beschriebene sein.

---

1) **Hofmeier** (Berlin). Die Myomotomie.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1884.

Die Vereinfachung und Verbesserung der Operationsmethoden — besonders die Einführung der elastischen Ligatur — haben auf die Resultate der Myomotomie einen unverkennbaren Einfluss gehabt. Während bis zum Jahre 1877 die Mortalität von 105 nach Péan's Methode Operirten = 57 Todesfälle (54%) betrug, war sie in den letzten 5 Jahren bei 371 theils extra- theils intraperitoneal behandelten Operationen = 127 Todesfälle (35%). An 100, z. Th. äußerst schwierigen Operationsfällen Schröder's demonstrirt nun H. den Antheil, den die von Schröder besonders geübte und vervollkommnete intraperitoneale Methode an den erwähnten Resultaten hat.

Betreffs der Indikationen zur Operation wird bemerkt, dass man für jeden Fall individualisiren und prüfen müsse, ob die Gefahr der Operation im Verhältnis zur Größe der Beschwerden steht. Bei früher Operation trifft man leichtere Fälle und günstigere Verhältnisse. Auch nach dem Eintritt der Menopause darf man nicht mit Sicherheit auf einen Wachsthumsstillstand der Geschwulst rechnen.

Schröder's Operationsverfahren ist bekannt (s. Tagebl. d. Salzb. Naturforschervers. p. 174). Bemerkenswerth ist, dass in allen Fällen, in denen es nach Vernähung der Wundflächen des Stumpfes und nach Abnahme der Gummischnur noch blutete, die Blutstillung immer durch weitere Umstechungen mit Seide gelang, auch bei Amputationen am Fundus uteri. Hat sich der Tumor wesentlich oder zum Theil mit unterhalb der Uterusanhänge entwickelt, dann werden die Lig. lat. und rotund. nach doppelter Unterbindung durchtrennt, erstere bis möglichst zum Tumor heran und die sichtbaren Gefäße der peripheren Stümpfe isolirt unterbunden. Daraufhin wird der Tumor viel beweglicher und man kann nun um Cervix und unteren Theil des Uterus die Ligatur gut anlegen. Nach Umschneidung des

Peritonealüberzuges und nachdem an den Seitenkanten des Uterus das Gewebe getrennt, werden die Art. uterinae resp. deren Äste isolirt unterbunden. Sobald beim Abtragen des Tumors die Uterushöhle eröffnet ist, wird sie mit 10%iger Karbollösung ausgewischt. Besser noch ist es, Uterus und Cervikalkanal mit dem Paquelin'schen Thermokauter zu eröffnen, um etwa vorhandene Infektionskeime sofort zu zerstören. Nach Zuschneidung des Stumpfes Vernähung der Uterushöhle durch versenkte Nähte oder durch fortlaufende Katgutnaht, alsdann Vernähung der Wundflächen des Stumpfes in einer oder mehreren Etagen, darüber Vereinigung des Peritoneum. Die Frage betreffs der Behandlung der Ovarien ist eine mehr theoretische, welche selten eine aktive praktische Bedeutung gewinnt. Macht die Herausnahme Schwierigkeiten, so soll man sie zurücklassen, besonders wenn die Menopause nicht mehr fern ist; dessgleichen, wenn die Amputation der Geschwulst ohne Eröffnung der Uterushöhle vorgenommen werden kann.

H. lässt im Weiteren eine Reihe specieller, durch Illustrationen veranschaulichter Operationsgeschichten folgen. Sie betreffen z. Th. äußerst schwierige supravaginale Amputationen oder Enukleationen von Geschwülsten, die in die Cervixsubstanz oder ins parametrane resp. paracervikale Bindegewebe hineingewuchert waren und früher für inoperabel galten.

Von den 100 Operirten starben 32. Die Prognose ist verschieden, je nachdem es sich um Myomotomien im engeren Sinne, oder um supravaginale Amputationen mit Eröffnung der Uterushöhle, oder um ausgedehnte Enukleationen, fast immer mit Eröffnung der Uterushöhle, handelt. Von 21 einfachen Myomotomien starben 2 (9,5%), von 58 supravaginalen Amputationen 18 (31,0%) und von 21 Enukleationen 12 (57%). Der Einfluss der elastischen Ligatur ist bei den Amputationen deutlich. Vor Einführung derselben starben von 22 Operirten 10 (45,5%), nach Einführung derselben von 36 Operirten 8 (22%). Die elastische Schnur wird nicht mit versenkt, weil nach ihrer Abnahme die Ernährung des Stumpfes eine absolut normale ist. Das Zurücklassen größerer Mengen präparirter Seide erwies sich als ungefährlich.

Bei den Myomotomien mit Enukleationen ist die extraperitoneale Methode überhaupt unmöglich. Es giebt hier 2 Operationsmethoden: Entweder Ausschälung der Geschwulst aus ihrem Bette und Vernähung des Geschwulstbettes und -Mantels, oder Anlegung der Gummischnur nach Entfernung der hindernden Geschwulst, darauf Abtragung des Uterus und Behandlung des Stumpfes in gewohnter Weise. Bei nicht geöffneter Uterushöhle und jungen Frauen beschränke man sich womöglich auf die Enukleation, bei großen, stark blutenden Höhlen mache man lieber die Amputation.

In allen, auch den schwierigsten Fällen gelang die Beendigung der Operation, da die Verbindung, besonders der subserösen Tumoren mit dem Beckenbindegewebe gewöhnlich eine lockere ist und die-

selben mit der Hand sich leicht und ohne erhebliche Blutung ausschälen lassen. Die Ursachen der großen Sterblichkeit bei den Enukleationen (57%) liegen in der langen Operationsdauer, der unvermeidlichen, wenn auch gewöhnlich nicht sehr erheblichen Blutung und den durch eine so kolossale Beckenzellgewebswunde begünstigten Infektionsprocessen etc. Die Drainage nach der Scheide wird nur ganz ausnahmsweise angewandt, dafür die Vernähung des Wundsackes, besonders mit fortlaufender Katgutnaht vorgezogen. Die Blutung wurde stets durch Umstechung gestillt.

Myomotomien in der Schwangerschaft wurden von Schröder bisher 3 (darunter 2mal Entfernung des Uterus mit dem Ei), alle mit glücklichem Erfolge gemacht. Das rasche Wachsthum der Geschwulst in der Schwangerschaft und die hochgradigen Kompressionserscheinungen berechtigen zur Operation. Vom künstlichen Abort sehe man lieber ab.

Von den lokalen Folgezuständen der Myomotomie werden die auf die Versenkung des Stiels folgenden Exsudationen in dessen Nachbarschaft durch sorgfältige Etagen- und Peritonealnaht immer spärlicher werden. Der spätere Abgang von Fadenschlingen hat keine Gefahr für die Operirten, lässt sich vielleicht auch durch Anwendung von Katgut vermeiden. Spätere Bauchbrüche kamen sehr selten vor. Andere schwere Folgeerscheinungen (Zerrungen, schwere Menstruationsstörungen, spätere innere Blutungen) wurden nicht beobachtet.

Bei den Ursachen der Todesfälle wird ganz besonders der ungünstige Einfluss der, aus den jahrelangen Blutungen sich entwickelnden chronischen Anämie betont, in Folge deren die Kranken oft auch ganz geringe Blutverluste nicht mehr ertragen. Die Mehrzahl (19) starb an allgemeinen peritonitischen, oder intensiven örtlichen Entzündungs- und Infektionszuständen, 2 an innerer Blutung, 3 in Folge des außerordentlichen Eingriffes, 1 an Tetanus.

Von den durch Infektion bedingten Todesfällen kann man 2 Arten unterscheiden: 1) solche, die gleich nach der Operation sich bemerkbar machen (primäre Infektion) und 2) solche, in denen nach anfänglichem Wohlbefinden erst allmählich peritonitische Erscheinungen sich entwickeln (sekundäre Infektion). Wahrscheinlich sind in letzteren Fällen Keime aus der eröffneten Cervikalhöhle entweder bei der Operation oder später in die Wunde gebracht worden. An der 1. Form starben 10, an der 2. Form 9. Seit 1878 endete nur eine unkomplicirte Amputation an primärer Infektion tödlich. Vermuthlich an Herzschwäche (bedingt durch die sog. braune Herzatrophie) starben 4. Aus einer beigefügten Tabelle ergiebt sich, dass eine ganze Anzahl der Todesfälle außerhalb der Möglichkeit der Berechnung des Operateurs lag.

Ein Vergleich mit den Erfolgen anderer Operateure lehrt, dass die extraperitoneale Methode sehr gute Resultate aufweist; so z. B. hatte Hegar auf 8 supravaginale Amputationen 1 Todesfall (12,5%),

Kaltenbach auf 7 Amputationen 1 Todesfall (14,3%). Trotzdem verdient die intraperitoneale Methode aus bekannten Gründen den Vorzug, um so mehr, als sich bei derselben eine exakte Blutstillung und ein sicherer Schutz gegen Nachblutung erreichen lässt.

Von der Prognose war oben bereits die Rede. Bei Myomotomien ohne Eröffnung der Uterushöhle ist sie eben so gut, wie bei der einfachen Ovariotomie; sie wird auch bei den Amputationen mit Eröffnung der Uterushöhle und bei denen mit ausgedehnten Enukleationen besser werden.

Zum Schluss bemerkt H. mit Recht, dass, wenn auch die Myomotomie in den letzten Jahren bedeutende Fortschritte gemacht habe, die Operation doch immer noch eine recht schwierige und gefahrvolle bliebe, welche nur von dem mit der Antiseptik, der Diagnose und der Technik absolut Vertrauten, nach sorgfältiger Abwägung im Einzelfalle der Beschwerden einerseits, der Gefahren andererseits ausgeführt werden sollte. **Wiener** (Breslau).

---

# Kasuistik.

## 2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 12. Februar 1886.

Vorsitzender: Herr Schröder, Schriftführer: A. Martin.

I. a) Herr J. Hofmeier zeigt den Uterus einer an Trismus und Tetanus in Folge von Carcinoma uteri im Elisabeth-Krankenhaus verstorbenen 53 Jahre alten Pat.

Der Uterus ist in großer Ausdehnung carcinomatös degenerirt; das Carcinom scheint vom Cervix, besonders von der hinteren Lippe auf das Corpus uteri übergegangen zu sein. Drüsentumoren oder Infiltration des Beckenbindegewebes besteht nicht.

Trotz der hochgradigen Zerstörung war Pat. — die übrigens nur eine Gravidität in ihrem 20. Jahre durchgemacht hat, nachdem sie früh, regelmäßig menstruirt worden war, bis zur Zeit ihre Periode regelmäßig hatte und nie krank, speciell nicht unterleibskrank war — sich ihres Leidens bis vor Kurzem nicht bewusst.

Erst unregelmäßige Blutungen und Ausfluss ließen sie Mitte Januar die Hilfe eines Arztes aufsuchen. Am 25. Januar h. a. besuchte sie ihn zum letzten Mal; am 26. Januar begann Trismus, zu dem sich bald allgemeiner Tetanus gesellte, dem Pat. trotz Chloral, trotz Curare am 4. Februar erlag.

Den Tetanus und Trismus führt der Vortr. desshalb auf das Carcinom zurück, weil anamnestisch sich nichts eruiren lässt, das die Entstehung der Erkrankung bequem erklären könnte, zumal da von einem augenblicklich endemischen Auftreten des Trismus nichts bekannt ist. Er fasst den Trismus und Tetanus auf als einen traumatischen, hervorgerufen durch eine wiederholte Genitaluntersuchung speciell nachfolgende Tamponade zwecks Blutstillung. Es scheint ihm nicht unwahrscheinlich, dass die Sekretretention (die Tampons scheinen etwas lange gelegen zu haben) dem Einwandern irgend eines pathogenen Mikroorganismus Vorschub geleistet hat, der den Trismus und Tetanus erzeugte. Es könnten die Tampons und das im Uterus zurückgehaltene Sekret ja auch ähnlich gewirkt haben, wie ein intra-uterin angewandtes Erweiterungsmittel, das ja — wenn auch glücklicherweise selten — als Ursache für einen plötzlich auftretenden Trismus und Tetanus bereits öfter angesehen werden musste.

Hervorzuheben ist noch, dass Pat. ziemlich heruntergekommen war, und vom Arzt zu ihrer Wohnung bei großer Kälte eine weite Strecke zurückzulegen hatte.

Herr Schröder bemerkt, dass auch nach seiner Erfahrung liegengebliebene Tampons nicht gleichgültig sind bezüglich der Entstehung von Trismus.

b) Herr Bokelmann demonstrirt die Leiche eines Kindes mit ungewöhnlich großem Hydrocephalus. Dasselbe stammt von einer IVpara, die dreimal ohne Kunsthilfe geboren hatte. Der Fall ist besonders desshalb bemerkenswerth, weil trotz der kolossalen Ausdehnung des kindlichen Schädels die Geburt nicht besonders lange dauerte und spontan zu Ende ging. Genauere Angaben über den Geburtsverlauf fehlen, da erst unmittelbar vor der Ausstoßung die Hilfe der Klinik nachgesucht wurde.

c) Herr M. Hofmeier demonstrirt ein Schwangerschaftsprodukt, welches in klinischer und anatomischer Beziehung interessant erscheint. Es stammt von einer 23jährigen Dame, welche 1mal vor $1^1/_2$ Jahren normal geboren hatte. Die letzte Menstruation fand Ende Januar 1885 statt. Sie hielt sich für schwanger, kam aber, da sich weitere Veränderungen nicht zeigten im September 1885, um über ihren Zustand Gewissheit zu bekommen. Der Uterus erschien damals vergrößert, dem 2. Monat entsprechend, so dass H. eine Schwangerschaft mit sehr frühzeitig abgestorbenem Ei annahm. Anfang Februar dieses Jahres wurde dann dieses außerordentlich stark veränderte Schwangerschaftsprodukt ausgestoßen, welches von Halbfaustgröße wesentlich aus Placentar- und Deciduamassen zu bestehen schien, bis von Ruge, eigentlich zufällig, die Reste der Rippen und dann auch Reste des Kopfes, des Darmes und der Nabelschnur gefunden wurden. Der Fötus war bis auf diese den Eitheilen innig anliegenden Reste vollkommen resorbirt.

d) Herr Winter demonstrirt die Placenta einer IIpara, bei welcher die erste Schwangerschaft im 4. Monat wegen Schwangerschaftsnephritis unterbrochen werden musste; jetzt war bei ihr im 7. Monat die vorzeitige Placentarlösung eingetreten, bei dem gleichzeitig bestehenden deutlichen Bilde der Schwangerschaftsnephritis. Die Quelle der Blutung saß in der Placenta selbst; das Blut hatte dieselbe circa zur Hälfte zerstört, dann die uterine Fläche rissförmig durchbrochen und sich in größerer Menge hinter ihr und den Eihäuten verhalten; die Geburt verlief für Mutter und Kind günstig; die Symptome der Nephritis verschwanden bis auf eine geringe Albuminmenge im Puerperium. Im Anschluss hieran erwähnt Herr W. 3 andere Fälle von vorzeitiger Placentarablösung bei Nephritis, welche er seit seinem Vortrage im Januar 1885 beobachtet hat.

1) Seit 10—12 Jahren besteht Schrumpfniere; Herz-, Arterien- und Urinbefund charakteristisch; im 7. Monat der Gravidität tritt ohne besondere Ursache die Placentarlösung ein. Geburt verläuft spontan. Kind todt, Mutter gesund. Placenta zur Hälfte abgeplattet und mit Blutcoagulis bedeckt.

2) Schwangerschaftsnephritis mit Ödemen und starker Albuminurie; Placentarablösung tritt ohne besondere Ursache in der Eröffnungsperiode am normalen Ende der Schwangerschaft ein. Kind sofort todt; Forceps; Placenta nur in geringer Ausdehnung abgeplattet, aber größtentheils mit Blutgerinnseln bedeckt. Mutter gesund. Nephritische Symptome verschwinden im Puerperium.

3) Schwangerschaftsnephritis mit seit 14 Tagen bestehenden Symptomen. Placentarlösung tritt in der Gravidität ein, vielleicht unter Mitwirkung eines zwölf Stunden früher stattgefundenen Traumas. Kind todt. Wendung und Extraktion. Placenta zum größten Theil abgeplattet und mit Blutgerinnseln bedeckt. Mutter gesund. Nephritis geht im Puerperium zurück.

Inzwischen ist noch ein eklatanter Fall zur Beobachtung gekommen, den ich ebenfalls kurz erwähnen möchte.

Eine Xpara, welche schon bei einigen voraufgehenden Schwangerschaften starke Ödeme gehabt hatte, und auch diesmal seit 5—6 Wochen daran litt, bekam plötzlich gegen Ende der Gravidität die Symptome der Placentarlösung, welche zum Tode des Kindes führte. Geburt verlief spontan. Placenta charakteristisch; theils abgeplattet, ganz mit Blutgerinnseln bedeckt. Der Urinbefund entsprach

am meisten einer Schwangerschaftsnephritis. Verlauf für die Mutter günstig. Albuminurie im Verschwinden.

Herr E. Cohn bemerkt zu der Demonstration des Herrn Winter, dass er unter sechs Fällen von Nierenerkrankung Schwangerer (dreimal Schwangerschaftsniere, dreimal parenchymatöse Nephritis, zweimal mit Amaurose komplicirt) fünfmal hochgradige Veränderungen an den Placenten beobachtet hat. Es handelte sich jedes Mal um starke Endometritis decidua und Placenta marginata. Theilweise kamen die Frauen spontan zu früh nieder, dreimal wurde die künstliche Frühgeburt eingeleitet, einmal bei bereits abgestorbener Frucht. Es sind diese Befunde eine Bestätigung zu den Fehling'schen Beobachtungen, wenn gleich C. geneigt ist, mehr Gewicht auf die Endometritis zu legen, als auf die Fibrinkeile, welche sich auch bei sonst normalen Placenten finden.

II. Herr J. Veit: Zur Kenntnis des Carcinoma corporis uteri.

M. H. Die Gelegenheit, Ihnen zwei Präparate von Krebs des Uteruskörpers vorzulegen, giebt mir die Veranlassung, einige kurze Bemerkungen über diese Erkrankung Ihnen vorzutragen. Sie wissen, dass C. Ruge und ich bei unserer Arbeit über dieselbe nur ein sparsames Material in der Litteratur vorfanden, dem wir selbst 21 Fälle eigener Beobachtung hinzufügten. Wir wiesen eigentlich schon hierdurch nach, dass die Häufigkeit derselben entschieden größer ist, als man es bis dahin annahm. Ich selbst habe seit dem Jahre 1879 nach Abschluss unserer Arbeit weitere 11 Fälle gesehen. In allen wurde die Diagnose nur durch die mikroskopische Untersuchung ausgekratzter Stücke gestellt. Dadurch bin ich in der Lage gewesen, die Krankheit in relativ frühem Stadium zu sehen. Wir wissen, dass Sir J. Simpson als eines der charakteristischsten Symptome der Erkrankung den oft ganz regelmäßig zu bestimmten Stunden des Tages auftretenden Schmerzparoxysmus schilderte; wir deuteten diese Erscheinung als schmerzhafte Kontraktion des übermäßig ausgedehnten Uteruskörpers, der von seinem Inhalt etwas austreibt, nach dessen Wiederbildung die schmerzhafte Zusammenziehung von Neuem erwacht. Dieses entschieden nur bei weiter fortgeschrittenen Fällen zu beobachtende Zeichen habe ich bei meinen letzten Fällen niemals gesehen. Von meinen 11 Fällen konnten 7 radikal operirt werden, auch Hofmeier giebt in seiner Statistik des Gebärmutterkrebses an, dass bei den Carc. corp. ut. von 28 Fällen der Schröder'schen Klinik 14 = 50% operirbar waren. Nehme ich die Thatsache der frühen Diagnose und die gegenüber den übrigen Formen des Krebses (nach Hofmeier sind nur 19% operirbar) große Operationsmöglichkeit zusammen, so müsste eigentlich das Resultat ein sehr günstiges sein. Hofmeier berichtet nur von 2 dauernden Heilungen (3 konnten nicht gefunden werden, 3 waren recidiv, 6 starben an der Operation); von meinen 7 Fällen (eine Pat. wurde von Herrn Geh.-Rath Schröder operirt und genas) starb eine an der Operation, von 4 länger beobachteten Fällen trat einmal im ersten Jahre, 2mal am Ende des 2. Jahres Recidiv ein, nur eine Pat. ist jetzt über 2 Jahre dauernd gesund.

Dieses nicht sehr günstige Resultat in Bezug auf die Wiederkehr der Erkrankung glaube ich durch die wohl andere Form der Verbreitung bei dieser Form erklären zu müssen. Sehen wir beim Cervixcarcinom die Infiltration dicht sich an den Cervix anschließen, so liegen bei Corpuscarcinom möglicherweise schon frühzeitige Infektionen von retroperitonealen Drüsen vor. Erstere ist unserer Diagnose sicher zugänglich, letztere entziehen sich derselben wohl im Allgemeinen. So scheinen mehr Kranke radikal operirbar, bei denen man die Erkrankung doch nicht als radikal heilbar ansehen kann. Es wird daher auch hier auf das frühe Erkennen Werth zu legen sein und scheint mir daher der erste Uterus, den ich Ihnen vorlege, in dieser Beziehung recht interessant; im unteren Abschnitt des Corpus haben wir es mit Adenoma malignum, erst im Fundus mit Carcinom in relativ geringer Ausdehnung zu thun. Nur in so früher Diagnose liegt eine größere Sicherung vor dem Recidiv.

Füge ich meinen weiteren Beobachtungen die statistischen Zahlen unserer früheren Zusammenstellung hinzu, so wird das Resultat derselben nicht geändert. So war die Zahl der Geburten

| | | frühere Angabe |
|---|---|---|
| 0 | 21 (virginell 5) | 17 (3) |
| 1 | 1 | 1 |
| 2 | 3 | 2 |
| 3 | 3 | 2 |
| 4 | 3 | 2 |
| 5 | 2 | 2 |
| 6 | 1 | 1 |
| 7 | 1 | 1 |
| 8 | 1 | |
| 12 | 1 | |
| 13 | 1 | |
| unbestimmt | 3 | |
| als Pluripare | | 3 |
| | 41 | 31 |

Es überwiegt also die Zahl der Nulliparen ganz auffallend, doch kommt die Erkrankung auch bei Frauen vor, die vielfach geboren haben, so dass ein ätiologisches Moment sich wohl schwer hieraus wird ziehen lassen.

Auch unsere frühere Angabe über die Menopause kann ich bestätigen. Dieselbe trat ein

| | | frühere Angabe |
|---|---|---|
| vor dem 45. Jahre | 5mal | 4mal |
| bis zum 49. Jahre | 3mal | 3mal |
| später | 18mal | 14mal |
| | 26 | 21 |

Weiter stimmt auch die Häufigkeit der Erkrankung im höheren Alter. Sie kam vor

| | | frühere Angabe |
|---|---|---|
| im Alter von 20—30 Jahren | 4 | 3 |
| » » » 30—40 » | 5 | 4 |
| » » » 40—50 » | 7 | 5 |
| » » » 50—60 » | 17 | 14 |
| » » » über 60 » | 12 | 9 |
| | 45 | 35 |

Ich gebe Ihnen diese Zahlen, weil die der Statistik von Pichot noch immer citirt werden, trotzdem sie, weil von ganz unsicheren Fällen herstammend, von uns als unzuverlässig unter ausführlicher Darlegung der Gründe charakterisirt sind.

Was die Methode der Operation anlangt, so habe ich 3mal durch die Laparotomie mit 1 Todesfall und 4mal von der Scheide aus ohne Todesfall den Uterus exstirpirt. Die Sicherheit des Erfolges scheint mir entschieden bei letzterer Methode größer und vielleicht fällt auch das von unserem Herrn Vorsitzenden vorgelegte Präparat von Recidiv am Cervix mit zur Entscheidung ins Gewicht. Der Verlauf nach der Operation ist nach der vaginalen Exstirpation entschieden leichter. Ob man den Uterus umstülpt, in situ herausschneidet, in der Mitte durchschneidet, wird, wie mir scheint, nicht von wesentlichem Einfluss auf den Erfolg sein. Immerhin scheint es mir wichtig, den Vorzug der vaginalen Exstirpation zu betonen, weil hier sonst das Hindernis der senilen Scheide oft leicht anders beeinflussen kann. Ich halte letzteres immer für überwindlich: einmal operirte ich bei bis zur diagnostischen Auskratzung intaktem Hymen, die beiden letzten Male bot die Scheide ganz besondere Unbequemlichkeiten durch Narbenzüge etc. Aber alle Einrisse und Einschnitte in dieselbe sind viel weniger bedenklich als die Gefahren, die der Laparotomie gerade hier in Folge von Austritt des septischen Inhaltes der Uterushöhle innewohnen können. Ich ziehe daher trotz dieser Schwierigkeiten die vaginale Exstirpation vor.

Zur Unterbindung und Umstechung habe ich in den letzten Fällen ausschließlich Juniperusölkatgut angewendet, ohne jeden Nachtheil in Bezug auf die Sicherheit der Blutstillung, aber besonders im letzten Fall auch ohne den Vortheil, den

ich erhoffte, dass nämlich die Eiterung der unterbundenen Stümpfe, die in den späteren Tagen so leicht recht profus wird, dadurch vermieden werde.

Der erste Uterus, den ich Ihnen vorlege, stammt von einer 52 Jahre alten Frau, die 3mal geboren hatte; er stellt ein recht frühes Stadium der Erkrankung dar. Die Operation wurde am 10. Januar d. J. gemacht und verlief ohne Störung, so dass Pat. schon am 15. Tage meine Anstalt verließ. Der zweite Uterus wurde am 27. Januar exstirpirt; hier hatte ich die Diagnose schon im Mai 1885 gestellt. Pat. war 66 Jahre alt, hatte 12mal geboren. Die Operation war wegen der Größe des Organs und der narbigen Beschaffenheit der Scheide recht schwer, ließ sich aber gut ausführen; auch hier war der Verlauf im Wesentlichen ungestört.

Herr Schröder weist darauf hin, dass die Recidive nicht immer lokaler Natur sein können; es müssen Differenzen in der Natur der Neubildung angenommen werden. Speciell bei dem Cancroid der Portio darf man völlige Genesung annehmen, wenn 1 Jahr lang das Recidiv nicht eingetreten ist.

III. Herr E. Cohn: Über Anästhesirung Kreißender.

Der Vortr. berichtet über die Beobachtungen, welche er bei der Anwendung von Stickoxydul-Sauerstoffgas, Bromäthyl und Chloroform zur Erzielung der Anästhesie bei Kreißenden gemacht hat.

1) Stickoxydul-Sauerstoffgas. Die Gase wurden im komprimirten Zustande von Zahnarzt Losse, Berlin, Leipzigerstraße bezogen, die Mischung 20 Vol. % O zu 80 Vol. % $NO_2$ in der Anstalt hergestellt. Die Anwendung geschah mit dem in Berlin bei den Zahnärzten üblichen Mundstück.

Die Resultate stimmen nicht völlig mit den letzthin von Döderlein aus der Zweifel'schen Klinik veröffentlichten:

Der Puls blieb unverändert, dagegen war mit wenigen Ausnahmen die Respiration stark beschleunigt. Die Schmerzempfindung war bei den Kreißenden vollkommen aufgehoben, so dass — da die Wehen in keiner Weise beeinflusst wurden — die Geburt durch sehr kräftiges Mitpressen beschleunigt wurde.

Bei 3 von 20 Fällen entstand bald nach der Einathmung ein sehr unangenehmer Zustand von Exaltation, der völlig einem maniakalischen Anfall glich.

Auch während der Eröffnungsperiode erwies sich das Gasgemisch als trefflich anästhesirend. Das Gas wurde nur bei normalen Kreißenden angewendet.

Um die Austreibungsperiode, namentlich bei einer Ipara, schmerzlos verlaufen zu lassen, sind mindestens 100—200 Liter des Gasgemisches nothwendig, was einen Preis von etwa 10—12 Mark pro Geburt ausmachen würde.

Vortr. kommt zu dem Schlusse: sei einerseits zwar anzuerkennen, dass im Allgemeinen die Wirkung des Gases eine vortreffliche sei, so sprächen gegen seine Anwendung in praxi

a) die immerhin unangenehmen Zufälle von Exaltationszuständen;

b) die Schwierigkeit der Herstellung des Gases und sein Preis, selbst wenn dasselbe in größeren Mengen dargestellt und für den Gebrauch in Bereitschaft gehalten werden könne;

c) die Unbequemlichkeit der Anwendung und des Transportes.

2) Bromäthyl. Vortr. weist auf die Mittheilungen Häckermann's vor drei Jahren hin und kann sie vollkommen bestätigen. Die Schmerzempfindung wird prompt aufgehoben, ohne dass Herz und Respiration beeinflusst werden, und die Geburt recht gefördert. Höchst unangenehm seien dagegen die Exkretionserscheinungen des Mittels bei Mutter und Kind — ein höchst intensiver, Tage lang andauernder Knoblauchgeruch, welcher das Bromäthyl in der Praxis erheblich diskreditiren dürfte.

3) Chloroform. Dasselbe wurde zunächst bei allen operativ beendeten Geburtsfällen gegeben; dann wurde es als vorübergehende absolute Narkose intra partum (behufs längerer Exploration etc.), endlich als kontinuirliche leichte Narkose, nur zur Herabsetzung des Schmerzes angewendet.

a) In der Eröffnungsperiode scheint die tiefe Narkose keinen irgend wie ins Gewicht fallenden Einfluss auszuüben. Dieselbe wird wohl verlangsamt, schreitet aber trotzdem fort. Das Chloroform scheint auf die unwillkürliche Muskulatur

nicht lähmend einzuwirken (Andauer der Darmperistaltik, beobachtet bei Laparotomien).

b) Tiefe Narkose in der Austreibungsperiode sistirt die Geburt (Lähmung der Bauchpresse).

c) Ganz leichte Narkose, wenige Athemzüge, hebt die Schmerzempfindung auf und veranlasst in der Austreibungsperiode die Kreißende zu kräftigem Mitpressen.

d) Asphyxien bei Kreißenden hat Vortr. trotz ausgedehnter Anwendung des Chloroforms nicht beobachtet. (Die bei der Ausräumung von Aborten vorkommenden Asphyxien ist Vortr. geneigt, einem Einfluss der intra-uterinen Injektion zuzuschreiben. 2 selbst beobachtete, frappante Fälle.)

e) Länger andauernde tiefe Narkose hat auf die Kinder einen ungünstigen Einfluss. Dieselben werden somnolent geboren. Obwohl Herz und Respiration funktioniren, schreien dieselben nicht und bedürfen starker Reize, um zu kräftigem Leben zu kommen. Leichte Narkose, selbst lange fortgesetzt, ließ keinen nachtheiligen Einfluss auf die Kinder erkennen, eben so wenig wie kurze, tiefe Narkose.

Vortr. spricht sich gegen das Stickoxydul-O Gas aus und empfiehlt Bromäthyl und Chloroform als ziemlich gleichwerthig, persönlich zieht er das Chloroform bei Weitem vor.

(Der Vortrag erscheint in extenso in der Deutschen med. Wochenschrift.)

Die Diskussion muss wegen vorgerückter Zeit vertagt werden.

---

3) **J, W. Rutledge** (Cambridge City). **Ein Fall von Extra-uterin-Schwangerschaft. Laparotomie. Heilung.**

(Amer. journ. of obstetr. 1885. November. p. 1137.)

Primipara, 24 Jahre alt. Laparotomie kurz nach dem Absterben der 8monatlichen Frucht. Die Placenta, ungewöhnlich groß, an der linken Seite der Bauchwand angewachsen, bleibt in situ, die Nabelschnur wird durch die Bauchwunde herausgeleitet. Der Fruchtsack mit Sublimatlösung ausgespült. Am 11. Tage nach der Operation heftiges Fieber; ein Theil der Placenta hat sich losgelöst und geht stückweise ab. Am 28. Tage tritt Blutung ein, welche sich häufig wiederholt und äußerste Erschöpfung bedingt. Unter heftigem Erbrechen löst sich der Rest der Placenta und die Blutung steht. Heilung. **Engelmann** (Kreuznach).

4) **Wm. C. Neville** (Dublin). **Puerperale Endokarditis mit Hemiplegie nach der Geburt.**

(Dublin journ. of med. science 1885.)

Eine in den letzten Monaten ihrer 7. Schwangerschaft allerhand Entbehrungen und Unbilden ausgesetzte Frau wurde am Morgen nach der Entbindung von linksseitiger Hemiplegie befallen. Aortenklappenfehler diagnosticirt; stirbt unter mäßigen Fiebererscheinungen am 14. Tage.

Laut Sektion waren in beiden Vorhöfen, in den Herzohren und im linken Ventrikel Coagula vorhanden, die mit mehr oder weniger Deutlichkeit antemortalen Charakter trugen. Herzmuskulatur verfettet. Insufficienz der Aortenklappen; eine der letzteren trägt eine kleine, konische Excrescenz. Die rechte Carotis durch einen bis in die Art. foss. sylvii reichenden Embolus verlegt. Erweichung der entsprechenden Hirnpartien. Die Endokarditis ist als in diesem Falle in den letzten Monaten der Gravidität akut oder subakut entstanden zu denken. Tod trat ein in Folge der Herzverfettung und Folge der Größe des außer Thätigkeit gesetzten Hirnbezirks. **Zeiss** (Erfurt).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 12.** **Sonnabend, den 20. März.** **1886.**



## I. Über die Ovariotomie in Spanien von 1863—1885.

Von
**G. Kispert** (Madrid).

Mehr aus historischen als aus anderen Gründen dürfte es von Interesse sein, der medicinischen Welt den heutigen Stand der Ovariotomie in Spanien vorzuführen.

Don Federico Rubio y Galí, der tüchtigste spanische Operateur und sehr strebsame Chirurg, gebührt die Ehre, die Ovariotomie (1863) zuerst in Spanien ausgeführt zu haben. Leider sind seine Resultate nicht die glänzendsten, dies ist aber wohl dem Umstande zuzuschreiben, dass derselbe viele seiner Ovariotomien noch in der vorantiseptischen Zeit ausführte und darunter sehr komplicirte Fälle operirte.

Die beigegebene Tabelle zeigt die Zahl der Ovariotomien und Operateure von 1863 bis Ende 1885, in so weit mir das Material dazu zugänglich war.

Aus dieser Tabelle ersieht man, dass trotz der sehr geringen Zahl von Ovariotomien es nicht an operationsmuthigen Ärzten fehlte, und es wirft sich sofort die Frage auf: tritt in Spanien die Erkrankung von Ovarialtumoren überhaupt selten auf? oder ist eine andere Ursache vorhanden, die diese geringe Zahl von Ovariotomien erklärlich macht?

Was die erste Frage betrifft, so benutze ich zu deren Beantwortung zunächst meine eigenen diesbezüglichen Erfahrungen. In meiner Klinik sah ich in einem Zeitraume von 7 Jahren 16 Ovarialtumoren, durchschnittlich 2 Fälle pro Jahr, alle Kranken waren von Madrid, mit Ausnahme zweier. Von diesen 16 wurden von mir operirt 6 und von 2 anderen Operateuren je 1. Aus der Tabelle geht hervor, dass während dieses Zeitraumes aber noch andere Operateure ovariotomirten und zwar, wie ich weiß, Kranke, die von Madrid selbst waren und die ich nicht sah, und man somit annehmen darf, dass bei einer Bevölkerung von 500 000 Einwohnern (Madrid) im Durchschnitt jährlich etwa 3 Ovarialtumoren in ärztliche Behandlung kommen könnten; oder bei 13 Millionen (Spanien) 39. In Wirklichkeit dürften jedoch bedeutend mehr Fälle vorkommen, als hier angenommen, und würde sich dann ergeben, dass in Spanien die Erkrankung an Ovarialtumoren eine keineswegs seltene ist. Die 2. Frage ist dahin zu beantworten, dass vielleicht die ungünstigen Resultate manche Kranke vor der Operation abschreckte, ferner dass besonders in den Provinzen die Erkrankung noch nicht genügend gewürdigt wird und dass in Spanien noch große Scheu vor jeder größeren Operation herrscht und hauptsächlich von den Anverwandten eher ab- als zugeredet wird, wie auch von vielen Ärzten.

| Juni 1863 bis Dec. 1885. | | | geheilt | gestorb. |
|---|---|---|---|---|
| | 1) Dr. Rubio y Galí (Sevilla, Madrid) | 16 | 7 | 9 |
| | 2) Gomez Torres (Granada) | 1 | 1 | — |
| 2. Febr. 1873 | 3) Maurique de Lara (Madrid) | 1 | — | 1 |
| | 4) Creus y Manso (Granada, Madrid) | 5 | 2 | 3 |
| Dec. 1874, Nov. 1885 | 5) Fernandez Losada (Madrid) | 2 | 1 | 1 |
| 10. Juli 1875 | 6) Revueltas y Montel (Jerez) | 1 | 1 | — |
| 1876—1885 | 7) González Encinas (Madrid) | 5 | — | 5 |
| | 8) Jeremias Devesa (Santiago) | 1 | — | 1 |
| | 9) Ferreras (Barcelona) | 1 | 1 | — |
| | 10) Pérez (Albacete) | 1 | — | 1 |
| | 11) Vidal Solarcs (Barcelona) | 1 | — | 1 |
| 10. Okt. 1881 | 12) Rodriguez Fernandez (Malaga) | 1 | — | 1 |
| 12. Okt. 1881 | 13) Visicks (Malaga) (Engländer) | 1 | — | 1 |
| | 14) Navarro (J. M.) (San Jorge, Castellon) | 2 | 1 | 1 |
| | 15) Bonet (Barcelona) | 1 | — | 1 |
| | 16) Formiguera (Santander) | 1 | 1 | — |
| | 17) Cardenal (Barcelona) | 7 | 5 | 2 |
| 1882 | 18) Garcia Camison | 1 | — | 1 |
| 1882/83 | 19) Castillo Piñeiro (Madrid) | 2 | 1 | 1 |
| 1882/85 | 20) Kispert (Madrid) (Deutscher) | 6 | 6 | — |
| | 21) Cayetano de Toro (Cadiz) | 2 | 1 | 1 |
| 1882/83 | 22) Mas (Valencia) | 2 | 1 | 1 |
| 1883 | 23) Canto (Valencia) | 1 | — | 1 |
| 1883/84 | 24) Candela (Valencia) | 2 | 1 | 1 |
| | 25) Mariani y Larrión (Madrid) | 2 | — | 2 |
| 1885 | 26) Guitiérrez (Eugenio) (Madrid) | 1 | — | 1 |
| 1885 | 27) Córceles Sabater (Madrid) | 1 | 1 | — |
| 1885 | 28) Lacasa (Madrid) | 1 | — | 1 |
| | | 61 | 31 | 38 |

Geheilt 45%, gestorben 55%.

## II. Haematocele processus vaginalis peritonei.

Von

Dr. med. **Robert Koppe.**

Wenn wir in der Gynäkologie gewöhnt sind, unter »Hämatocele« Blutergüsse in den Peritonealraum zu verstehen, so werden wir nicht anstehen dürfen, auch Blutergüsse in den zur Obliteration bestimmten, aber ausnahmsweise nicht obliterirten Processus vaginalis peritonei als »intraperitoneale« anzuerkennen und demnach den Hämatocelen zuzuzählen.

Solch ein Fall von Haematocele processus vaginalis peritonei ist meines Wissens bisher nicht beobachtet, oder mindestens nicht beschrieben worden.

Mir hat sich kürzlich die Gelegenheit dazu geboten, einen solchen Fall zu beobachten, und daher erlaube ich mir unter obiger Terminologie das klinische Bild dieses Zustandes in aller Kürze zu entwerfen:

Die Frau, um die es sich handelt, ist 27 Jahre alt, wohlgebaut, hat eine kräftige gesunde Konstitution. Früh verheirathet, ist sie vor 9 Jahren zum ersten Mal glücklich entbunden worden. Während nun im Übrigen das Wochenbett einen normalen, glatten Verlauf nahm, und die Geschlechtsorgane sich gehörig involvirten, blieb im linken Labium majus eine beträchtliche Anschwellung und geringe Empfindlichkeit zurück. Aber auch diese letztere nahm bald ab und verlor sich allmählich gänzlich. Seitdem hat die Frau diese Geschwulst mit sich herumgetragen, ohne jemals von derselben inkommodirt zu werden, und hat danach noch drei Kinder normal geboren.

Nach neunjährigem Bestehen bei Gelegenheit eines Abortes hinzugerufen, nahm ich Notiz von diesem Tumor. Derselbe liegt dem linken Ramus descendens ossis pubis auf, hat die Größe und die regelmäßige Form eines großen Hühnereies, eine prall-elastische Konsistenz, ist selbst bei harter Berührung vollkommen indolent. Vom oberen schmäleren Pol des Ovoids lässt sich ein härtlicher Strang bis in den Leistenkanal verfolgen. Von außen ist die Geschwulst bedeckt von der entfalteten, übrigens vollkommen normal beschaffenen Haut der großen und kleinen Labie. Die Geschwulst hat eine überall gleichmäßig glatte Oberfläche und lässt sich die Haut über derselben ergiebig in allen Richtungen verschieben. Keine Diaphanität für Kerzenlicht. Durch Kompression lässt sich der Tumor nicht verkleinern; zeigt keine Impulse beim Hustenstoß; giebt einen absolut dumpfen Perkussionston.

Eine Hernie war somit ausgeschlossen. Hämatome haben eine unregelmäßige Form und unebene Oberfläche; ferner neigen sie bekanntlich sehr zur Resorption in einigen Wochen oder Monaten, oder gehen in Abscessbildung aus, waren daher ebenfalls zurückzuweisen. So blieb nur Hydrocele proc. vag. peritonei übrig, wozu

das eben geschilderte klinische Bild, das lange Bestehen, der reaktionslose Zustand in der That vollkommen stimmten. Nur der Mangel der Diaphanität allein schien damit nicht im Einklange zu stehen. Dennoch schien diese Diagnose vorläufig die einzig mögliche. Die Eröffnung der Cyste musste die Entscheidung bringen.

Beim Einstechen mit dem Bistourie entleerte sich nicht, wie man sonst es bei Hydrocele regelmäßig beobachtet, die sofort neben der Messerklinge hervorspringende seröse Flüssigkeit. Erst als ich den Schnitt auf etwa 5 cm erweitert hatte, schob sich zwischen den Wundrändern eine homogene, schokoladenbraune Masse von weich-schmieriger Konsistenz langsam hervor. Beim Schnitt fühlte man den Widerstand von festem fibrösem Gewebe.

Nachdem der ganze Inhalt durch bilaterale Kompression und nachfolgende Spülung entfernt worden war, ging ich mit dem kleinen Finger durch die Incisionsöffnung ein und befand mich in einer gleichmäßig wohl abgerundeten symmetrisch gebauten Höhle mit vollkommen glatten Wandungen.

Über den weiteren Verlauf ist sehr wenig zu sagen. Durch energische Kauterisation wurde die torpide Cystenwand zur eitrigen Schmelzung gebracht und der Defekt schloss sich allmählich unter Karbolsäurespülungen per granulationes.

Die homogene schokoladebraune Schmiere musste als Umwandelungsprodukt neun Jahre eingeschlossenen Blutes aufgefasst werden.

Was die Ätiologie anlangt, so ist es augenscheinlich, dass hier das Geburtstrauma zu einer Zerreißung des durch die Schwangerschaft aufgelockerten hyperplastischen Zellgewebes mit seinen Gefäßen geführt hat. Also eine Ätiologie, die mit derjenigen der Vulvahämatome vollkommen zusammenfällt. Wird nun mit dem Unterhautzellgewebe die leicht zerreißliche Peritonealmembran des ausnahmsweise nicht obliterirten Processus vag. periton. zugleich mit angerissen, so erfolgt der Bluterguss in diesen präexistirenden Raum hinein und wir haben es mit einer Hämatocele zu thun. Bleibt aber die peritoneale Membran erhalten, oder ist, wie gewöhnlich, der Proc. vag. perit. vollständig obliterirt, so kommt es zur Ausbildung eines Haematoma vulvae. Es ist wohl denkbar, dass beide Zustände sich kompliciren können.

Die äußere Form und Gestaltung eines Hämatoms wird im Großen und Ganzen wesentlich abhängen von den lokalen anatomischen Bedingungen, Membranen, Fascien, Knochen, welche den Raum, in welchen hinein das Blutextravasat stattfindet, begrenzen, kann also nicht eine regelmäßige, gleichmäßig symmetrische sein. Hier speciell im lockeren Unterhautzellgewebe der Vulva muss der Bluterguss dem Gesetz des Locus minoris resistentiae folgend, sich in den weiten Maschen des Gewebes ausbreiten und dieselben infiltriren, um schließlich dem Ramus descendens ossis pubis mehr oder weniger breitbasig aufzusitzen. Die Oberfläche der Geschwulst kann natürlich keine gleichmäßig glatte, die Form keine regelmäßig symmetrische sein.

Ferner die neunjährige — wenn nicht eingeschritten wäre, wohl lebenslängliche — reaktionslose Persistenz des Tumors widerspricht der schon Eingangs erwähnten großen Neigung der Hämatome zu frühzeitiger Resorption, oder auch — selten — zur Suppuration und Verjauchung.

Dem Charakter eines Infiltrates im Zellgewebe entsprechend, muss der innere Bau des Hämatoms sich dadurch auszeichnen, dass der Raum, welchen dasselbe occupirt, von stärkeren Gewebszügen, und Scheidewänden, Trabekeln, die der Invasion des ergossenen Blutes und der Verödung widerstanden haben, durchsetzt wird. Demgemäß muss sich dem durch die Incisionsöffnung touchirenden Finger der Eindruck eines buchtigen Wesens mit Nischen und Winkeln darbieten, wie es ein System kleiner mit einander kommunicirender Hohlräume mit sich bringt.

Hier von alledem nichts. Hier im Gegentheil eine entsprechend der äußeren regelmäßigen Ovoidform mit überall gleichmäßig glatter Oberfläche, eine gleichmäßig und symmetrisch gebaute Höhle mit ebenfalls überall glatter innerer Oberfläche, so dass an einem von der Natur präformirten Hohlraum nicht gezweifelt werden kann. Die Verdickung der Höhlenwand bezieht sich auf einen chronischen Reizzustand des Peritoneum, wie wir ihn regelmäßig auch bei den periuterinen Hämatocelen antreffen, wo es bekanntlich in akuteren Fällen zur Bildung von peritonitischen Auflagerungen und Pseudomembranen kommen kann, was hier bei dem mehr chronisch-lentescirenden, anfänglich auch von geringer Schmerzhaftigkeit begleiteten, Gange und der Auseinanderspannung der Höhlenwände nicht der Fall sein konnte.

Eine Differentialdiagnose zwischen Hydrocele feminae und Haematocele proc. vag. perit. mit gleichmäßig erweichtem Inhalt, wie hier, scheint auf den ersten Blick bei der augenfälligen Kongruenz der klinischen Charaktere kaum möglich, wie ja das auch bei dem gleichen anatomischen Substrat natürlich erscheinen muss. Auch das anamnestisch erhobene Moment, »die akute Entstehung post partum«, scheint mir keinen Anhaltspunkt in dieser Beziehung zu bieten, indem es für beide Zustände gleich gut passt. Wissen wir doch, dass die Hydrocele des Mannes hauptsächlich oder ausschließlich Traumen ihre Entstehung verdankt, warum sollte hier beim Weibe dasselbe anatomische Substrat nicht ebenfalls denselben Bedingungen unterliegen? Dass nun aber der Geburtsvorgang ein gewaltiges Trauma für die Vulva einer Erstgebärenden darstellt, dürfte wohl von Niemand beanstandet werden.

In der That würde die Differentialdiagnose großen Schwierigkeiten unterliegen, ja wahrscheinlich nicht möglich sein, wenn nicht ein klinischer Charakter des einen der beiden Zustände, der von den Autoren wenig gewürdigt worden, von manchen gar nicht erwähnt ist, uns einen Anhaltspunkt von durchschlagender Bedeutung zur sicheren Unterscheidung der beiden Zustände darbieten würde, — ich meine die gleichmäßige Diaphanität der Hydrocele feminae.

Ich habe Gelegenheit gehabt, drei Fälle von Hydrocele feminae zu sehen und zu operiren und in allen drei Fällen war die Diaphanität in hervorragendem Grade vorhanden. Dieselbe unterscheidet mit großer Sicherheit die Hydrocele feminae nach der einen Seite von Hernien, nach der anderen, wie wir aus diesem Falle lernen, von Haematocele proc. vag. peritonei.

Auch Hämatocelen recenten Datums, wo das ergossene Blut, außer Coagulation, noch keine wesentlichen Veränderungen erfahren, dürften sich eben so wenig diesem negativen differentialdiagnostischen Anhaltspunkt entziehen, weil Blutcoagula schon bei geringer Dicke für Kerzenlicht nicht diaphan sind.

Der Proc. vag. perit. (alias: Diverticulum Nuckii), der bekanntlich seine Existenz lediglich dem von der Natur konsequent durchgeführten Parallelismus der Entwicklung der Geschlechtsorgane beider Geschlechter verdankt und a priori zur Obliteration prädestinirt ist, bleibt, wie es scheint, in nicht sehr seltenen Fällen in seinem unteren Abschnitt offen. Kommt nun die von der Natur intendirte Obliteration nicht zu Stande, so gewinnt dieser physiologisch bedeutungslose Peritonealfortsatz bei eintretender Gelegenheitsursache pathologische Bedeutung, indem er das anatomische Substrat bei der Pathogenese sowohl der Hydrocele feminae, als auch der Haematocele processus vaginalis peritonei abgiebt.

Sind schon subkutane Blutextravasate der Vulva an sich ein seltenes Vorkommnis, um wie viel seltener müssen Hämatocelen des Proc. vag. perit. sein, die eine Coincidenz des eben genannten Ereignisses mit dem an sich auch nicht häufig vorkommenden Offenbleiben des Proc. vag. perit. voraussetzen.

Der Liebenswürdigkeit des Professors der pathologischen Anatomie an hiesiger Universität Dr. med. Joh. Klein, der die fragliche Substanz schon makroskopisch sofort als dem Blute entstammend konstatirte, verdanke ich die mikroskopisch-chemische Analyse des Cysteninhalts, deren Resultat ich im Folgenden mittheile.

Die schokoladenfarbige, salbenartige Masse enthält:

1) Freies körniges (kein krystallinisches) Pigment von braungelber Farbe — weniger als dem äußeren Anscheine nach zu erwarten war.

2) Meistens findet sich solches Pigment eingeschlossen in ziemlich großen hypertrophischen Lymphzellen (also Pigmentzellen), deren Zahl ganz bedeutend ist, und die im Großen und Ganzen das Braune der Schmiere bedingen.

3) Echte fettige Körnchenzellen sind ebenfalls in großer Anzahl vorhanden.

4) Außerdem ist eine Unzahl freier Zellenkerne und verschieden großer Eiweißkörner zu konstatiren.

5) Epithelzellen und zwar verhornte, sind ebenfalls zu erkennen, es sind ihrer nicht viele und könnten sie vielleicht von außen zugekommen sein?

6) Sehr viel krystallinisches Fett in feinen seidenglänzenden Nadeln und kleinen Büscheln.

7) Eigenthümliche, blasse, durchsichtige, spindelförmige Krystalle, in Chloroform unlöslich, in Anilinfarben sich nicht färbend. Allem Anscheine nach bestehen sie aus einer Verbindung von Phosphorsäure mit einer organischen Basis (Albumin). Man trifft derlei Krystalle, bald von etwas größeren, bald von kleineren Dimensionen, — sowohl im Auswurfe, als auch in alten Eitersäcken — jedoch ziemlich selten. Im Spermasaft findet man sie beständig.

---

1) **Cohn.** Die bösartigen Geschwülste der Eierstöcke vom klinischen Standpunkte betrachtet an hundert in der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin behandelten Fällen.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. Hft. 1.)

Verf. geht von der in fast allen Lehrbüchern vertretenen Anschauung aus, dass die Operation bösartiger Ovarialtumoren, ja selbst schon die Explorativincision, eine absolut ungünstige Prognose hätte und nur in verschwindend wenigen Fällen ein einigermaßen günstiges Resultat erzielt worden sei. Das Material der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin, welches er darauf hin durchgearbeitet hat, umfasst in einem Zeitraum von genau 9 Jahren 100 von Prof. Schröder operirte Fälle bösartiger Eierstockstumoren (86 vollendete Operationen und 14 Probeincisionen). Bevor jedoch zur Verwerthung desselben geschritten wird, giebt C. einen gedrängten anatomischen Überblick über die malignen Ovarialtumoren überhaupt. Unter die Gruppe der durchweg soliden Geschwülste gehört das äußerst seltene Sarkom (nach Schröder 1%), welches in toto das Ovarium ergreift und in Folge dessen das Bild einer koncentrischen Hypertrophie darstellt. Zur gleichen Gruppe ist das häufigere, in seinem Wachsthum schleichende, aber äußerst maligne Carcinom in seiner polymorphen Gestalt zu zählen, während unter die zweite Gruppe, nämlich unter die cystisch degenerirten Tumoren, die krebsig degenerirten Kystome, die Papillome und die Kombinationscysten (glandulär und dermoid zu gleicher Zeit) gerechnet werden. Die papillären Kystome werden vom Verf. alle für »klinisch bösartig« erklärt, indem auf die große Neigung dieser Klasse von Kystomen zur carcinomatösen Degeneration und zur malignen Metastasenbildung auf dem Peritoneum hingewiesen wird; im Moment der Exstirpation vielleicht noch gutartig erscheinend, müssen sie doch logischer Weise den malignen Geschwülsten zugezählt werden.

Die Diagnose betreffend, werden neue, erhebliche Momente zur Erleichterung derselben nicht beigebracht; es wird auch hier, wie bereits schon mehrfach von anderer Seite, zur Sicherung der Diagnose für die Explorativincision, der eventuell die Totalexstirpation sofort zu folgen hat, gegenüber der diagnostischen Punktion eine Lanze gebrochen.

Von den 100 Operirten starben in direkter Folge der Operation 19 und zwar 3 davon nach der Explorativlaparotomie. Sicher geheilt, wenn man 1 Jahr völligen Wohlbefindens als unterste Grenze annimmt und die Fälle, welche nachweislich später erst ein Recidiv bekamen, weglässt, 19. Am Recidiv starben von 86 Operirten 16. Als specielle Todesursachen werden angeführt: 7 Fälle an Sepsis, 2 an Nachblutung resp. Darmocclusion, 5 an Shock, 5 an zunehmendem Marasmus (Collaps), darunter 2 sehr interessante Fälle von Carcinoma recid. gallopans (es fand sich bei der Sektion ca. 3 Wochen post operationem ganz identisch kolossal ausgebreitete Carcinosis peritonei, während in dem einen Falle auf Peritoneum und Dickdarm sich während der Operation schon vereinzelte Knötchen, in dem anderen aber die Serosa sich vollkommen frei zeigten).

In Bezug auf Recidivfähigkeit erwiesen sich am günstigsten die Sarkome, am bösartigsten die papillären Kystome.

Bei der überaus traurigen Lage, in welcher sich die Kranken befinden und Angesichts des langsamen qualvollen Hinsterbens der davon Betroffenen sind die operativen Erfolge überaus günstige zu nennen. Auf Grund derselben ist die Berechtigung, alle Fälle maligner Ovarialtumoren auch schon in fortgeschrittenen Stadien zu operiren, wenn es nur irgend möglich ist, alles Krankhafte entfernen zu können, in die Augen springend.

Das Verhältnis der malignen zu den gutartigen Ovarialtumoren — nämlich 100 maligne Fälle unter 600 von Schröder operirten — ist ein erschreckend hohes, 6 : 1 oder 16,4% und gestaltet sich vielleicht noch höher, da eine Menge Fälle, die als inoperabel weggeschickt werden, gänzlich unberücksichtigt geblieben sind.

Demnach sollten alle Ovarialgeschwülste, sofern man sie als solide oder als proliferirende zu diagnosticiren im Stande ist, so früh wie möglich entfernt werden, da man bei längerem Zuwarten die Chance 6 : 1 haben kann, einen malignen Tumor zu finden.

**Menzel** (Görlitz).

---

## 2) **Brennecke** (Magdeburg). Über die vaginale Totalexstirpation des Uterus.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. Hft. 1.)

In Anbetracht der Thatsache, dass weder bezüglich der Indikationsstellung, noch des Operations- und Nachbehandlungsverfahrens dieser Operation eine Einigkeit unter den Operateuren bisher bestehe, schildert Verf. an der Hand von 18 Fällen das von ihm geübte Operationsverfahren.

1) Das Operationsfeld (Scheidengewölbe und Uterus) muss bequem zugängig gemacht und sicher zugängig erhalten werden können. In erster Linie verlangt B. die Beweglichkeit des Uterus resp. seiner Vaginalportion bis an oder in den Scheideneingang; rigider Damm, enge und starre Vagina könne man durch Incisionen, durch mehrtägige Tamponade zu der erforderlichen Weite bringen. Übermäßige

Größe des Uterus könne kein Hindernis abgeben, da in diesen Fällen die Krankheit meist nicht mehr einen lokalen Charakter trüge und bereits die Nachbarschaft ergriffen hätte, von einer Radikaloperation also nicht mehr die Rede wäre. Zur Fixirung des Uterus bei der Operation zieht er seine »Uterusklammer« den sonst verwendeten Hakenzangen und Fadenschlingen vor.

2) Muss eine sichere Beherrschung der eventuell drohenden Blutung verlangt werden. Zu diesem Zwecke isolirt B. nach dem Vorgange von Kock's den unteren Cervikalabschnitt theils mit dem Messer, dann aber hauptsächlich stumpf, hinten beginnend, um darauf durch 5—6 höher und höher angelegte Massenligaturen jederseits die seitlich stehengebliebenen Brücken der Scheidengewölbe zu versorgen; eine S-förmig vom Verf. angegebene gestielte Nadel erleichtert diese Manipulation bedeutend. Jetzt erst wird das hintere, peritoneale Gewebe stumpf perforirt und der Uterus nach hinten umgekippt; letzterer Dislokation giebt in erster Linie B. den Vorzug vor der von Fritsch und Czerny geübten, durch das vordere Scheidengewölbe. Versorgung der Lig. lat. durch elastische Gesammtligaturen nach Olshausen beenden die Operation.

Dieses Operationsverfahren erfüllt auch die Forderung

3) dass durch die Operationstechnik die Verletzung wichtiger Nachbarorgane mit größtmöglicher Sicherheit vermieden werden müsse. Die Ureteren, die in erster Linie in Betracht kommen, weichen bei einem starken Zuge an der Portio nach unten so wie so schon nach oben aus dem Bereiche einer Verletzung aus, welche Dislokation durch stumpfe Isolirung des unteren Cervikalabschnittes noch bedeutend vergrößert würde. Nur bei pericervikaler carcinomatöser Infiltration, in starres Gewebe eingebettet, kommen sie, eben so wie hintere Blasen- resp. vordere Rectalwand in Gefahr. In solchen Fällen aber soll man überhaupt nicht operiren.

4) Operationstechnik, wie Nachbehandlung sollen die größtmöglichste Garantie für einen aseptischen und von üblen Zwischenfällen ungestörten Heilungsverlauf bieten. Die Vorbereitungen zur Operation, die hierbei nicht minder wichtig sind, werden eingehend besprochen; Verf. zieht bei der Operation die Sänger'schen den Fritschschen Beinhaltern vor, weil erstere den Assistenten in keiner Weise behindern. (Bei Anwendung der kurzen Fritsch'schen Beinhalter wird derselbe Vortheil erreicht. Die langen Beinhalter werden schon seit 4 Jahren in der Breslauer Klinik nicht mehr gebraucht. Ref.) Elastische Schnüre, Karbol- und Jodoformseide dienen als Unterbindungsmaterial. Die beiden elastischen Ligaturenden werden nach der Vagina hin invertirt und auf diese Weise die Peritonealhöhle abgeschlossen, so dass die Sekrete noch nebenbei abfließen können. Ein Jodoform-Glycerintampon bildet den definitiven Abschluss.

Die geschilderte Nachbehandlung unterscheidet sich nicht wesentlich von der meist anderwärts geübten.

Die Peritonealdrainage mit Irrigationen und die Peritonealnaht

werden als ganz unnöthig, ja sogar gefahrbringend mit Recht verworfen, dagegen hält Verf. die jetzt vielfach geübte Kapillardrainage resp. Aufsaugung von der Vagina aus, sei es durch Jodoformgaze oder Sublimatholzwolle etc. für zweckmäßig und nützlich; er plaidirt sehr für die hygroskopische Kraft der Jodoformglycerinwattetampons.

Ovarien und Tuben lässt B. aus dem einfachen Grunde, weil keine nachtheiligen Folgen daraus erwachsen, zurück. Nur in einem Falle (45jährige VIIIpara, Metrorrhagien, Magenblutungen, Asthma durch ovarielle Reize bedingt) entfernte er dieselben nebst Tuben und Uterus, an Stelle der Kastration mit glücklichem Erfolge.

Entgegen den Ausführungen Schröder's tritt Verf. bei Portio- und Cervixcarcinom für die Totalexstirpation gegenüber der supravaginalen Cervixamputation ein, weil die bisher hierüber aufgestellten Statistiken nicht das Gegentheil erweisen, weil die letztere Operation eine ungleich blutigere als die Totalexstirpation und es für die Operirten von gar keinem Werth ist, ob sie gar keinen, oder einen um die Cervix verkürzten Uterus besitzen. Letzterer bringt die Betreffenden durch Abort resp. Frühgeburt nur noch in Gefahr. Bei reinem Corpuscarcinom verdiene ebenfalls die Totalexstirpation, als minder gefährlicher Eingriff vor der abdominalen Uterusamputation entschieden den Vorzug.

Endlich plaidirt Verf. für die Ausdehnung der Indikation der Totalexstirpation, außer bei malignen Uteruserkrankungen auch auf solche Leiden, welche den Lebensgenuss verkümmern und die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen. Bestimmte Grenzen seien aber hier nicht zu ziehen, sondern der Operateur wird in jedem einzelnen Falle sorgfältig zu individualisiren haben.

Aus der an den Schluss gestellten Kasuistik sei nur hervorgehoben, dass alle 18 Operirten von der Operation selbst genasen; 16mal wurde wegen maligner Uteruserkrankung operirt, 1mal wegen totalem Prolaps der Vagina mit bis in den Introitus descendirtem Uterus und 1mal in dem bereits oben erwähnten Falle anstatt der Kastration wegen ovarieller Reizungen, die reflektorisch in anderen Organen Störungen bedingten.

**Menzel** (Görlitz).

---

### 3) **Terillon.** Die Auskratzung der Gebärmutter.

(L'abeille méd. 1885. No. 41.)

T. sieht merkwürdigerweise die carcinomatöse Erkrankung des Uterus, des Cervix sowohl wie des Corpus (selbstverständlich nur in solchen Fällen, in denen eine Radikaloperation nicht mehr möglich), als wichtigste Indikation für das Curettement an. Erst am Schluss seines Vortrages erwähnt er ganz kurz, dass dasselbe auch für die Behandlung anderer Schleimhauterkrankungen des Uterus, speciell der chronischen Endometritis sehr werthvoll sei. Nach Ansicht des Ref. liegt aber die Hauptbedeutung der kleinen Operation in der

raschen und gefahrlosen Beseitigung der bei letzterem Leiden fast regelmäßig auftretenden, mehr oder minder starken, anhaltenden Blutungen.

Die Vorschriften, welche T. über die Ausführung des Curettement giebt, beziehen sich, was nach dem oben Gesagten erklärlich, fast ausschließlich auf die Beseitigung carcinomatöser Wucherungen. Wesentlich von den allgemein geltenden Regeln Abweichendes bieten dieselben nicht. Beobachtung strenger Antisepsis vor und während der Operation wird gefordert, für diese der Gebrauch scharfer und stumpfer Curetten empfohlen, letztere gegen Ende des Eingriffes, wo es ungewiss, eine wie dicke Gewebsschicht das Instrument noch vom Peritoneum trennt. Nach der Ausschabung wendet T. am liebsten das Glüheisen zur Verschorfung der großen Wundhöhle an; wird dieselbe vom Cavum uteri selbst gebildet, so räth er nach ausgiebiger Reinigung mit einem gestielten Schwämmchen einen mit ätzender Flüssigkeit getränkten Tampon behufs Kauterisation der Wundfläche einzuführen. Desinficirenden Ausspülungen zieht er Tamponade mit Jodoformgaze vor.

Wenn T. es rühmt, dass der Blutverlust während des Eingriffes in der Regel ein nur sehr geringer sei, so muss doch bemerkt werden, dass manchmal auch sehr profuse Blutungen vorkommen, welche sich unter Umständen nur durch Umstechung der blutenden Partie resp. Gefäßes zum Stehen bringen lassen.

Als den Eingriff erschwerendes Moment wird Enge des Cervikalkanales, welche das Eindringen der Curette in das Cavum verhindert, erwähnt. T. warnt vor schneller forcirter Dilatation und Pressschwamm, welchem er Laminaria vorzieht. Am meisten empfiehlt er Metalldilatatoren zunehmender Größe in Intervallen während mehrerer Tage einzuführen. Meist wird nach den Erfahrungen des Ref. eine Dilatation überhaupt nicht nöthig sein. Eine schmale Curette passirt fast immer den Cervix und das Os int., falls sie richtig dirigirt wird.

**Graefe** (Halle a/S.).

---

### 4) P. Ménière. Das Curettement des Uterus.

(Gaz. de gynéc. 1885. No. 3.)

M. knüpft an die vorstehend referirte Arbeit Terillon's an. Er ist gerade der entgegengesetzten Ansicht, wie letzterer. Er erklärt das Curettement bei Carcinom des Uterus für »eine sehr schlechte Operation, welche schwer auszuführen und gefahrvoll und deren Vortheile, welche die Kranken von ihr haben könnten, erst noch nachzuweisen seien«. Dagegen sieht auch er, wie Ref., die wichtigste Indikation für die Ausschabung der Gebärmutter in der chronischen Endometritis.

Wenn M. es für unerlässlich hält, der kleinen Operation die Dilatation (mit Tupelo) vorauszuschicken, so steht er damit auf einem Standpunkt, welcher in Deutschland nur noch von vereinzelten Gynäkologen getheilt wird.

Gegen profuse Blutungen, welche manchmal nach dem Curettement auftreten sollen, empfiehlt Verf. eine heiße intra-uterine Injektion folgender Lösung: Aq. 850,0, Liqu. ferri sesquichl. 50,0, Alkohol 85,0; bei unbedeutendem Blutabgang mit 40° heißer Karbollösung. Die von ihm geforderte eintägige Tamponade der Vagina, so wie nach Beseitigung derselben mehrmals täglich auszuführende desinficirende Scheidenausspülungen hält Ref. für unnöthig, die Vorschrift aber, die Pat. erst nach 12—14 Tagen wieder gehen zu lassen, für übertrieben ängstlich. **Graefe** (Halle a/S.).

---

## 5) **Sinclair.** Behandlung der chronischen Cystitis durch Irrigation.

(Med. chronicle 1885. August. p. 374.)

S. beschreibt einen Heberapparat mit 2 Gefäßen, unter deren einem eine Wärmequelle und an dessen Ende ein doppelläufiger Katheter angebracht wird, zum permanenten Ausspülen der Blase. Da Heberapparate ähnlicher Konstruktion zu ähnlichen Zwecken schon mehrfach beschrieben sind, ist eine nähere Ausführung hier nicht nöthig, doch ist die Vorrichtung gewiss praktisch und empfehlenswerth. Die damit erzielten Resultate sollen sehr zufriedenstellend sein. Nach einiger Besserung des chronischen Blasenkatarrhs hat S. das Abführrohr zeitweilig schließen lassen, um so allmählich die Kapacität des Organs wieder herzustellen; auch dies soll entsprechenden Erfolg gehabt haben. **Lühe** (Demmin).

---

## 6) **Mundé.** Elektricität als therapeutisches Mittel in der Gynäkologie.

(Vortrag in der Academy New York of med. 1885. November 5.)
(Med. record 1885. November 14. p. 553.)

Viel zu selten wird in Geburtshilfe und Gynäkologie die Elektricität benutzt, deren Anwendung von jedem Praktiker leicht gehandhabt werden kann. Im Allgemeinen zieht M. den galvanischen Strom vor und begnügt sich mit so schwachen Strömen, dass keinerlei Schmerz entsteht, doch hält er tägliche Sitzungen oder wenigstens einen Tag um den anderen für wünschenswerth. Während es in allen übrigen Fällen gleichgültig ist, wo der negative und wo der positive Pol aufgesetzt wird, ist nur da eine Ausnahme zu machen, wo ein circumscripter Schmerz vorliegt, z. B. bei Beckenexsudaten mit Neuralgien; dann muss der positive Pol auf die schmerzhafte Stelle, hier also in die Vagina zu liegen kommen. Soll eine Elektrode in die Blase, Vagina oder Rectum zu liegen kommen, muss man sie mit Leder überziehen, und erst wenn sie in situ ist, den Strom schließen und umgekehrt bei der Entfernung verfahren, da die Orificien am empfindlichsten sind. Während üble Ereignisse M. nie erlebt hat, giebt die Anwendung der Elektricität selbst in

hartnäckigen Fällen, in denen alle übrigen Mittel versagten, wenn auch nicht absolute Heilung, so doch oft noch bedeutende Linderung. Nur akute oder subakute Entzündungsprocesse kontraindiciren sie.

Der faradische Strom ist indicirt in allen Fällen, in denen Erregung des Tonus gewünscht wird, zumal bei: ungenügender Entwicklung des Uterus und der Ovarien; Amenorrhoe, Subinvolution und Metrorrhagie; Superinvolution; Lageveränderungen des Uterus; interstitiellen Uterusfibroiden. Der Galvanismus hingegen bei: Uterushyperplasie; chronische Ovaritis und Salpingitis; chronischer Cellulitis, Peritonitis und Lymphadenitis; Beckenneuralgien; Dysmenorrhoe; Cervixerosionen (? Ref.), Subinvolution und subperitonealen Uterusfibroiden.

**Lühe** (Demmin).

---

## Kasuistik.

7) **Pinkus** (Breslau). Über Geburt von Zwillingen in weit aus einander liegenden Terminen.

Inaug.-Diss., Breslau, 1885.

Zu den ziemlich seltenen Fällen, wo bei Zwillingsgeburten sich der Austritt des zweiten noch lebenden Kindes um mehr als 24 Stunden verzögert, fügt Verf. einen in der Breslauer Universitätspoliklinik beobachteten Fall:

Kräftige IIIpara. Geburt des ersten Kindes normal in Schädellage. Aufhören der Wehenthätigkeit, erst 36 Stunden später Wiederbeginn derselben. Fieber, fötider Abgang, undeutliche fötale Herztöne, trotzdessen nach Blasensprengung Extraktion eines noch lebenden 2. Kindes. Die Placenten sind seitlich unter einander verwachsen, zeigen aber gesonderte Eihäute. Normales Wochenbett. Beide Kinder, unreif (7. Monat), gehen bald zu Grunde.

**Haidlen** (Stuttgart).

8) **Scott.** Konkremente aus Cysten der vulvo-vaginalen Drüsen.

(Amer. journ. of med. science 1885. Oktober. p. 438.)

Eine Farbige, Wittwe, hatte nach der Menopause mehrmals Entzündungserscheinungen an der Vulva, welche in spontane Entleerung kleiner Abscesse ausgingen. Heftiger Schmerz nöthigte sie, ärztliche Hilfe zu suchen und Verf. entfernte durch Schnitt aus kleinen Geschwülsten am hinteren Theil der seitlichen Scheidenwände weißgefärbte runde und glatte Körper von Erbsengestalt, die mit einer Kapsel umgeben waren und $^{3}/_{16}$ resp. $^{1}/_{8}$ Zoll im Durchmesser hielten. Sie waren offenbar in den Bartholini'schen Drüsen gebildet. Nur Lawson Tait hat nach brieflicher Mittheilung an den Autor einen ähnlichen Stein excidirt.

In dem beschriebenen Fall bildeten sich noch Fisteln, welche Flüssigkeit absonderten und gesonderte Behandlung erforderten.

**Lühe** (Demmin).

9) **Donald Fraser** (Glasgow). Ein Fall von Puerperalmanie, mit Bemerkungen.

(Glasgow med. journ. 1885. November.)

Ausführlich wird ein Fall von Septikämie im Puerperium, mit Manie und heftigen Delirien, Ausgang in Tod mitgetheilt; 2 andere auszugsweise. Seit 1876 hat Verf. 16 Fälle von puerperaler Geistesstörung beobachtet.

Die Fälle müssten getrennt werden in solche, wo die Geistesstörung Symptom einer Wochenbettsinfektion sei, und in solche, wo das Wochenbett an und für sich die Ursache zum Ausbruche derselben abgäbe und nur die letzteren sollten aus den Gebärhäusern entfernt werden, während die Behandlung von Fällen der ersten Klasse besser und wohl zweckentsprechender daselbst weitergeführt würde.

**Zeiss** (Erfurt).

## 10) William Frew (Galston). Hysterische Ischurie.

(Glasgow med. journ. 1885. September.)

Eine 34jährige Frau, Mutter von 7 Kindern, die in Folge ihrer Geburten ein chronisches Uterinleiden acquirirt hatte, welches allen Bemühungen Trotz bot, gelangte schließlich zum Zustande einer schweren Hysterie. Ihre Schlaflosigkeit suchte sie durch übermäßigen Alkoholgenuss zu besiegen.

Seit $2^1/_2$ Jahren leidet sie zudem an Ischurie, die ganz plötzlich eingesetzt hatte und ebenfalls jeder Behandlung unzugänglich ist. Quantitäten von 120 bis 300 g Urin bilden das tägliche, z. Th. spontan, z. Th. mit dem Katheter entnommene Quantum. Andeutungen von Nierenerkrankung nie vorhanden. Von Zeit zu Zeit traten vikariirende Diarrhoen ein; die häufigen Ausbrüche von Erbrechen waren weder besonders reichlich, noch besonders dünnflüssig, noch je von urinösem Geruch. Der stark aufgetriebene Leib enthielt keine Spur von Erguss, noch war sonst eine Organerkrankung nachzuweisen. Arterieller Druck stets äußerst hoch; auf Nitroglycerin und Kali nitr. etwas Besserung.

Es lag demnach hier ein jahrelanges fast völliges Aussetzen einer der wichtigsten Funktionen vor, ohne tiefere Schädigung des Körperhaushaltes.

Zeiss (Erfurt).

## 11) Aus der Edinburger geburtshilflichen Gesellschaft.

(Edinb. med. journ. 1885. April—December.)

A. Macdonald. Dermoidcyste. Der demonstrirte Tumor stammt von einem 21jährigen Mädchen und zeichnet sich durch seinen ungewöhnlichen Gehalt an Knochengewebe aus. Stiel 2mal links gedreht. Netz an seiner hinteren Fläche mit dem Tumor und den Dünndärmen verwachsen; — also wohl schon vor der Entstehung der Stieldrehungen.

Kindskopfgroßes Fibroid der hinteren Lippe; Gewicht 920 g, durch Morcellement entfernt.

Uterus durch vaginale Exstirpation entfernt. Operation: Ablösung der Blase; Eröffnung des Douglas. Beiderseitige Unterbindung der Basis der Lig. lat. Durchtrennung links, bis der Finger das Lig. umgreifen kann. Öffnung der Plica ut. vesicalis peritonei. Unterbindung des obersten Theiles des linken Lig. lat. und Abtrennung. Uterus seitlich aus der Vulva bewegt, wobei die Naht an der Basis des Lig. abgleitet, aber ohne viel Blutverlust leicht erneuert wird. Dieselbe Behandlung rechts. Keine Peritonealnaht; Jodoformtampon. 2 Tage günstiger Verlauf, am 3. — nach Verf. wahrscheinlich in Folge von Karbolöl an einem der Jodoformtampons — Sepsis; Exitus.

Fibroid der vorderen Wand durch Laparotomie entfernt. Genesung.

Foulis demonstrirt einen mikroskopischen Schnitt durch die Wandung einer jungen Ovarialcyste. Cylinder- oder säulenförmig seien zunächst die Epithelien aller jungen Cysten, fast in jeder Cyste sehe man aus dem freien Ende einer Anzahl dieser Zellen kleine, ziemlich kuglige, colloide Tropfen — wie im Präparate sichtbar. Diese Tropfen fallen in den Hohlraum der Cyste und degeneriren rasch fettig, um so die bekannten Drysdale'schen Zellen zu bilden, die demnach weder eigentliche Zellen noch Kerne darstellten.

Skene Keith. Doppelseitige Hämatosalpinx. Pat. war 30 Jahre alt und litt seit 7 Wochen an heftigen Blutungen. Beide Tuben lagen, stark von Blut ausgedehnt, mit den Eierstöcken tief adhärent. Der Douglas'sche Raum mit Blutcoagulis; letztere wurden mit Schwämmen ausgebracht; Tuben und Ovarien entfernt. Entlassung am 21. Tage. K. sah vor Kurzem Lawson Tait in einem ähnlichen Falle das Peritoneum mit warmem Wasser auswaschen und dann drainiren.

Foulis. Ascitesflüssigkeit. Letztere sei gegenüber ovarieller leicht und schnell dadurch zu unterscheiden, dass sich zwischen den Maschen eines hineingehängten Wollfadens sehr rasch die fibrinösen Gerinnsel bilden und mikroskopisch nachweisen lassen.

Buist stellt 2 Monate alte, lebende Drillinge vor (Eltern sind polnische

Juden). Underhill erwähnt ein zweites Beispiel von Drillingen, die am Leben blieben und sich gut entwickelten. Zeiss (Erfurt).

## 12) Peter Young (Edinburgh). Thrombose der Pulmonaris im Puerperium.

(Edinb. med. journ. 1885.)

Die übrigens gesunde Wöchnerin, bereits Mutter von 4 anderen Kindern, hatte während der ganzen Schwangerschaft schon unter dem Einfluss starker psychischer Verstimmung gestanden. Geburt war kurz und normal verlaufen und auch im Wochenbettsverlauf war Alles in Ordnung gewesen, bis auf einen auffällig kleinen schnellen Puls.

Am Morgen des 19. Tages (nachdem Wöchnerin am Tage vorher zum ersten Mal für einige Stunden aufgewesen war) fand man sie todt im Bett. Bei der Autopsie fand sich die Pulmonararterie vom Ursprung aus eine Strecke weit mit einem dunklen, glatten, nicht adhärenten Gerinnsel gefüllt. Verf. glaubt hier einen ziemlich zweifellosen Fall von Pulmenarthrombose vor sich zu haben und zwar aus folgenden 3 Gründen: 1) die bei der Sektion ersichtliche Herzverfettung und Schwäche der Muskulatur im rechten Ventrikel, 2) die gemüthliche Depression, in der sich die Frau befunden hatte und 3) die Beschaffenheit des Blutes in Schwangerschaft und Wochenbett überhaupt seien 3 Momente, die eine Abschwächung der Herzkraft und eine Gerinnung an Ort und Stelle für diesen Fall als das Wahrscheinlichste annehmen ließen. Zeiss (Erfurt).

## 13) Skene Keith (Edinburgh). Ein Fall von Urethrocele.

(Edinb. med. journ. 1885. Juli.)

Eine 44jährige Frau, sonst wohlgenährt, Mutter von 7 Kindern, deren jüngstes 5 Jahre alt ist, klagt seit Geburt des dritten (1872) über beginnende Unfähigkeit den Urin anzuhalten, die sich mit der Zeit, im Verein mit heftigen Beschwerden im Becken und Unterleib, verschlimmert und zu unerträglichem Zustande ausgebildet hatte. Dem Urin war seit langer Zeit Blut und Eiter beigemischt.

Das Perineum fehlte vollkommen; nach Entfernung des großen ringförmigen Pessars, welches Pat. trug, trat das Os in den Introitus herab. Harnröhrenwandung enorm verdickt, drängt tief nach unten herab. Blasenhals normal. Katheterismus sehr schmerzhaft, bevor das Instrument den Blasenhals erreicht, fließt dicker Eiter ab. Äußere Theile in bekanntem, entsprechenden Zustande.

K. glaubte zunächst durch Herstellung eines festen, straffen Dammes die Senkung der Urethra aufheben zu können, erreichte damit indessen keine Besserung der Kontinenz. Es wurde desshalb nun eine den Finger durchlassende Incision in die hintere (übrigens 1¼ Zoll dicke) Harnröhrenwand gemacht, wobei eine große Menge Eiter abfloss. Urethralschleimhaut granulär und dunkelroth; sie wurde, um zu frühe Wiedervereinigung zu verhindern, an die Scheidenschleimhaut angenäht. Zustand der Pat. sofort bedeutend gebessert, da nun der Sack, in dem vorher fortwährend Eiter und ammon. Urin sich gestaut hatten, freien Abfluss hatte und nach Analogie der gleichen Verhältnisse an der erkrankten Blase, in der That rasch heilen konnte.

Nach 4 Monaten wurde, da nun die Urethra völlig zu normaler Beschaffenheit wiedergelangt war, die Öffnung, die ungefähr noch einen Katheter passiren ließ, geschlossen. Heilung vollkommen.

Von der Excision eines ovalen Stückes aus der hinteren Urethralwand war, wegen der enormen pathologischen Veränderung, der letzteren, hier Abstand genommen worden. Zeiss (Erfurt).

## 14) Troisier. Hysterische Lähmung traumatischen Ursprunges bei einem Mann.

(L'abeille méd. 1885. No. 33.)

Ein Mann, dessen Mutter und eine Schwester an hysterischen Anfällen gelitten, dessen Vater Säufer gewesen, hatte nach einem Fall auf die rechte Schulter eine

Lähmung und Anästhesie des entsprechenden Armes bekommen. Es war fraglich, welchen Ursprungs die erstere sei. Charcot, welcher den Pat. auf seine Abtheilung nahm, erklärte die Lähmung für eine hysterische. Es fand sich nämlich die Anästhesie nicht auf den rechten Arm beschränkt, sondern, wenn auch schwächer, über die ganze rechte Körperhälfte verbreitet. Die Temperaturempfindung war auf derselben vollständig aufgehoben. Die Hemianästhesie erstreckte sich auch auf die Schleimhäute, z. B. auf die der Nase, auf die Conjunctiva, Zunge, Gaumen. Ferner boten die Sinnesorgane ausgesprochene Störungen. Es bestand rechtsseitig ziemlich erhebliche Schwerhörigkeit, Verminderung des Geruches und Geschmackes, eine Verkleinerung des Gesichtsfeldes und Polyopia monocularis. Die muskuläre Sensibilität war gänzlich verschwunden, eben so das Muskelgefühl, das Unterscheidungsvermögen für verschiedene Belastung.

Auf Grund aller dieser Symptome und der Anamnese stellte Charcot mit Bestimmtheit die Diagnose auf hysterische Lähmung. **Graefe** (Halle a/S.).

### 15) **James A. Adams** (Glasgow). Incontinentia urinae in Folge angeborenen Defektes.

(Glasgow med. journ. 1885. November.)

Ein 12jähriges Mädchen, gut genährt, von gesundem Aussehen, kann bei aufrechter Stellung und beim Herumgehen den Urin nicht halten; im Sitzen oder Liegen dagegen ist die Kontinenz ziemlich ungestört.

Vom Mons veneris aus ging eine Spalte, die Clitoris symmetrisch theilend, bis in die vordere Wand der Urethra, deren Öffnung in Folge dessen sich niemals völlig kontrahiren konnte. Im Übrigen bestanden an den Geschlechtsorganen normale Verhältnisse; Vereinigung der Oss. pub. vollkommen fest. Zunächst wurden dann die beiden einander zugewendeten Seiten der Clitorishälften angefrischt und zwischen diesen Stellen vom Grunde der Spalte ein kleiner Lappen mit der Basis nach oben abpräparirt. Letzterer hing dann über die mit Silbernähten vereinigte Clitoris und die äußere Harnröhrenöffnung herab. Der Effekt dieser Operation zeigte sich, nachdem die Schwellung der Theile vorüber, ziemlich als Null. Auch nur wenig befriedigender war ein zweiter Eingriff, der in Excision eines Stückes der vorderen Harnröhrenwand bestand; der Schluss der äußeren Öffnung blieb unvollständig, wenn auch etwas gebessert. **Zeiss** (Erfurt).

### 16) **Bernard** (Cannes). Eklampsie.

(Gaz. des hôp. 1885. No. 133.)

Fall von ausgesprochener schwerer Eklampsie bei einer Ipara; sehr häufige Anfälle. In Chloroformnarkose wird mittels Forceps ein lebendes Kind entwickelt. 3 Stunden, nachdem B. die Pat. verlassen hat, wird er wieder gerufen, weil die Anfälle wiedergekehrt seien. Er entdeckt nun, dass noch ein zweites Kind sich im Uterus befindet und fördert auch dieses mit der Zange lebend zu Tage. Vollkommene Heilung. **Skutsch** (Jena).

### 17) **Chiene** (Edinburgh). Laparotomie wegen Darmverschluss.

(Edinb. med. journ. 1885. November.)

Am 6. Tage, nachdem vollkommener Verschluss eingetreten war, wurde operirt. Incision in der Mittellinie. Etwa 8 cm oberhalb der Ileocoecalklappe wurde eine Dünndarmschlinge durch ein Band komprimirt, von der Dicke eines Katheters 6. Dies wurde durchtrennt; Pat. am 20. Tage geheilt entlassen und in der med.-chir. Gesellschaft vorgestellt. Angaben, ob und wie weit vor der Operation eine Diagnose gestellt war, fehlen in der kurzen Notiz. **Zeiss** (Erfurt).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 13.** Sonnabend, den 27. März. **1886.**



(Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik des Herrn Prof. Zweifel zu Erlangen.)

## I. Neue Beinhalter für Steinschnittlage.

Von

Dr. Greder,

Assistenzarzt.

Seit in der hiesigen Klinik für fast alle Operationen in der Vagina und an der Portio die so außerordentliche Vortheile bietende Steinschnittlage oder Steißrückenlage mit gegen den Leib angezogenen Beinen mit Vorliebe von Herrn Professor Zweifel angewandt wird, machte sich der Missstand geltend, dass nur für diesen einen Zweck zwei Assistenten nöthig waren, die ihre Hände fast gar nicht anderweitig gebrauchen konnten. Zwar hat nun Sänger schon auf der 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Magdeburg 1884 einen Beinhalter für Steinschnittlage demonstrirt[1], derselbe ist aber nach meiner Ansicht und Erprobung in mancher Hinsicht nicht zweckentsprechend. Man kann damit wohl eine Pat. für eine einzelne Operation in eine sehr günstige Lage bringen und sie auch

[1] Archiv f. Gynäkologie Bd. XXV. p. 140 ff.

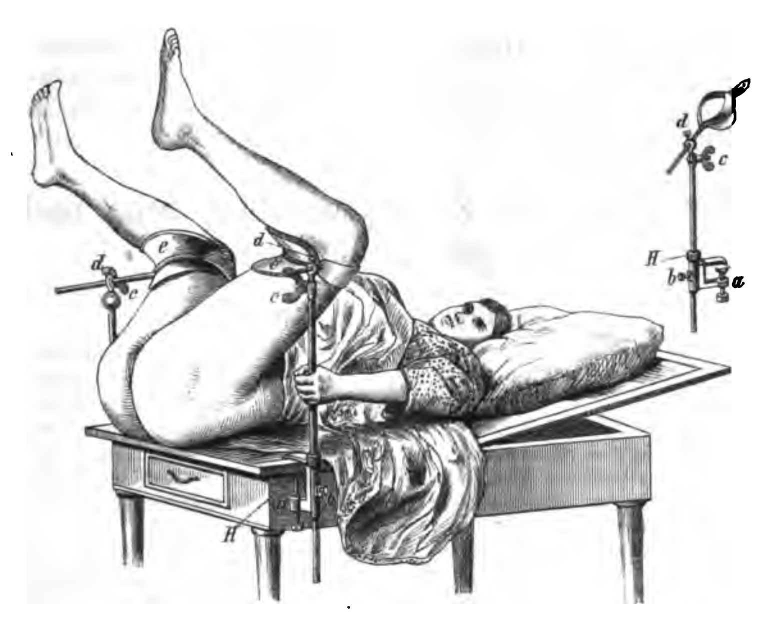
wohl so fixirt halten, aber diese Lage ist ein für alle Male dieselbe, lässt keine Modifikationen zu, denn sobald die Beine nicht ganz ad maximum gegen den Bauch herabgepresst werden, wird die Lage eine schwankende, für Operationen nicht brauchbare. Nun giebt es aber Fälle, wo man die Beine bald mehr, bald weniger zurückzuschlagen wünscht, es kommt auch vor, dass einmal nur ein Bein vollständig zurückzuschlagen ist, während das andere wegen Coxitis, Tumoren oder aus anderen Gründen mehr gerade stehen bleiben muss oder soll, da ist der Sänger'sche Beinhalter nicht zu gebrauchen. In der ambulanten Praxis aber, oder dann, wenn die Pat. einer Klinik schnell hinter einander bald mit Ausspülungen behandelt, bald zum Nachsehen von Wunden und Herausnehmen von Nähten auf den Stuhl kommen sollen, müsste man auf die Anwendung desselben und somit auf die ganz eminenten Vortheile der Lage vollständig verzichten, denn eine Pat. in voller Kleidung oder eine nicht chloroformirte, entkleidete würde sich nicht wohl in die nothwendigerweise gepresste Lagerung, die bei Sänger's Haltern unumgänglich ist, bequemen. Außerdem ist das Anlegen und Abnehmen bei dieser Konstruktion zu umständlich, als dass sie anders wo, als bei längerdauernden Operationen zu verwenden ist. Wenn in dem Hegar-Kaltenbach'schen Lehrbuch der operativen Gynäkologie (1881 p. 17) gesagt ist: »Man hat besondere Apparate zur Fixirung der Extremitäten erdacht, z. B. senkrechte Stützen an dem Tischrand mit gepolsterten Halbringen, in welche die Kniee eingelegt werden. Zwei Gehilfen sind vorzuziehen, da beliebige Modifikationen durch dieselben ausgeführt werden können«, so trifft dieses Urtheil auch den Sänger'schen Beinhalter. Die Fritsch'schen Beinhalter, mit denen eventuell auch die Beine zurückgeschlagen erhalten werden können, gestatten ebenfalls keine Modifikationen und beeinträchtigen sehr den Raum beim Operiren.

Wer nun aber einmal die Vortheile der Steinschnittlage erkannt und schätzen gelernt hat, der wird sie nicht so leicht wieder aufgeben wollen, und so machte ich mich denn auf den Wunsch des Herrn Prof. Zweifel an die Konstruktion der nebenstehend abgebildeten Beinhalter für jene Lage. Die Idee im Allgemeinen ist aus der Zeichnung ersichtlich, ich gebe hier nur noch Einzelheiten über die Befestigung und Anwendung des Halters[2].

Mittels der Tischklammer *a* wird derselbe an die Seitenränder des Stuhles ca. 10 cm vom vorderen Rand entfernt angeschraubt. Durch die Anordnung der 3 Schrauben *b*, *c* und *d* wird der Sattel *e*, der für das Kniegelenk bestimmt ist, vollständig nach allen Richtungen frei beweglich, wie wenn er bei *d* in ein Kugelgelenk eingelassen wäre. Um nun die Pat. möglichst schnell und bequem in die gewünschte Lage zu bringen, stellt man zuvor die Halter in

[2] Herr Instrumentenmacher Kleinknecht in Erlangen verfertigt das Paar genau nach meiner Anweisung zu 55 *M*.

die für die meisten erprobte Höhe von 36—38 cm über der Tischfläche so, dass die Sättel wagerecht stehen. Nun fasst man die Pat., welche auf dem Tische liegt, mit beiden Händen um die Fußknöchel, zieht sie so weit hervor, bis eben nur noch das Kreuzbein auf dem vorderen Tischrande liegt und beugt darauf die Beine im Hüft- und Kniegelenk so zurück, dass das letztere über dem Sattel *e* liegt. Dabei muss darauf geachtet werden, dass die Pat. nicht wieder zurückrutscht, wozu große Neigung vorhanden zu sein pflegt. Die Schrauben *c* sind so eingerichtet, dass durch das Gewicht der Beine dieselben nur fester angezogen werden, wenn einmal die Flügelschraube vorher nicht ganz festgestellt worden wäre. Bei *H* findet sich eine Hemmung angebracht, die verhindert, dass sich der große, senkrechte Stab um seine Längsachse drehe und die zugleich




gestattet, die exquisite Steißrückenlage mit stark gegen den Leib angezogenen Schenkeln herzustellen, wie sie Dieffenbach zuerst für die Operation der Blasenscheidenfisteln vorgeschlagen hat. In der hiesigen Klinik bleiben nun die Halter für gewöhnlich so an den Tisch angeschraubt, dass die Sättel senkrecht in die Höhe stehen und so die Untersuchung in gewöhnlicher Lage ohne Halter nicht behindern. Ist die Flügelschraube bei *c* nun nur mäßig angezogen, so genügt ein Druck auf die Sattelstange, um sie wagerecht und fest zu stellen, worauf die Rückenlehne herabgelegt und die Pat. wie oben beschrieben in die Steißrückenlage oder jede Modifikation derselben rasch gebracht werden kann.

Diese Beinhalter haben sich in der hiesigen Klinik schon gut bewährt, sie ersparen vollständig die Assistenz zweier Personen und

haben den Vortheil für sich, dass auch alle möglichen Modifikationen zwischen Steinschnittlage und Steißrückenlage mit stark flektirten Oberschenkeln leicht damit hergestellt werden können. Dabei ist der Umstand durchaus nicht zu unterschätzen, dass sie die dem Operateur zugewandte Vorderseite des Tisches vollkommen frei lassen, also weder dessen Händen hinderlich werden, noch den Raum für Abwasser-, Blut- und Desinfektionsschalen beengen.

Die Vorzüge der Steinschnitt- resp. Steißrückenlage für alle gynäkologischen und viele geburtshilflichen Manipulationen hier aufzuführen unterlasse ich, da sie schon in oben erwähntem Werke von Hegar und Kaltenbach genügend betont und auch von anderer Seite schon rühmend erwähnt wurden. Ich glaube aber, dass sie schon bedeutend mehr Anwendung gefunden hätte, wenn sie ohne Assistenz in jeder Modifikation herzustellen gewesen wäre.

Seit diese neuen Halter hier in Gebrauch sind, wendet Herr Prof. Zweifel sie fast ausschließlich an, und wäre es nur zu wünschen, dass jetzt, da die Steißrückenlage so bequem herzustellen ist, sie allgemeinere Anwendung finden möge.

---

## II. Zur Frage der Zangenanwendung beim nachfolgenden Kopfe.

Von

Dr. **Freudenberg** (Köln).

Um nicht dem durch das Sprichwort: »Qui tacet consentit« begründeten Verdacht zu verfallen, gestatte ich mir für heute an dieser Stelle eine ganz kurze Erwiederung auf die Ausführungen Lomer's in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII, Hft. 1, p. 111 u. f. zu geben, während ich mir vorbehalte, auf die heute nicht berührten Punkte, so wie auch auf die von Lomer in seinem Vortrage in der Berliner gynäkologischen Gesellschaft über dieses Thema verwerthete Wendungsstatistik der Kölner Entbindungsanstalt später an anderem Orte eingehend zurückzukommen.

Nur einer von Lomer besonders nachdrücklich hervorgehobenen Annahme möchte ich heute kurz entgegentreten, nämlich der, dass die Zangenanlegung beim nachfolgenden Kopf besonders schwierig sei. Lomer führt als Grund dafür die den Weg versperrenden Kindestheile (Hals, Rumpf), so wie die feste Einkeilung des Kopfes durch die vorhergegangenen manuellen Traktionen an.

Bei richtiger Rumpfhaltung durch die Assistenz — und dazu ist in diesem Falle jede Hebamme geeignet, da sie nur ganz einfacher ärztlicher Weisung nachzukommen hat, — kann der Rumpf kein Hindernis für die Zangenapplikation sein, da die Einführung ganz wie bei der Kephalothrypsie in der Aushöhlung des Kreuzbeines erfolgt. Der schlanke und durch den Anzug am Körper gestreckte Hals kann gleichfalls unmöglich ein Hindernis für die Einführung der Hand und die auf ihr zu bewirkende Löffeleinführung sein. Die Schwierigkeit liegt meines Erachtens wesentlich in der Vorbeiführung der bereits in der Scheide hinaufgeführten Löffel am hochstehenden Kopfe selber, diese erfolgt aber in der Synchondrosengegend, wo sie, wie die anatomische Betrachtung des Beckeneingangs ergiebt, nicht allzuviel Behinderung erfahren kann. Mag der Kopf zwischen Vorberg und vorderer Beckenwand noch so fest eingekeilt sein, seitlich vom Vorberg wird sich für den von der Hand schreibfederartig geführten schmalen Zangenlöffel fraglos die Möglichkeit ergeben, am Kopf entlang zu gleiten, worauf die seitliche Placirung der Branchen ohne Schwierigkeit erfolgen kann.

Dieses Herumführen des Löffels um den Vorberg unterhalb desselben ist ein Handgriff, der sich sehr gut am Phantom (eventuell mit Zuhilfenahme der den Schultze'schen Phantomen beigegebenen Vorbergplatten zur Darstellung verschiedener Beckenbeschränkungen) einüben lässt und dort eben so wie bei der Lebenden um so leichter gelingt, mit je geringerer Kraft die arbeitende Hand ihn ausführt. Das Gefühl des Zurechtkommenmüssens und ein dadurch hervorgerufenes gewaltsames Verfahren, welches Lomer beim Appliciren der Zange an den nachfolgenden Kopf seitens der praktischen Ärzte fürchtet, wird — ganz abgesehen von den damit verbundenen Gefahren für Mutter und Kind — sicherlich die Ausführung dieses Handgriffes nicht erleichtern, sondern im Gegentheil erheblich erschweren, da die Zangenanlegung eine ganz leichte sein muss. Wie mir indess eine solche Annahme bei dem jeder Zeit der Ruhe und Besonnenheit bedürftigen Geburtshelfer nicht gerechtfertigt erscheint, so liegt auch gerade in den hier gegebenen Verhältnissen bei ruhiger Erwägung der anatomischen Verhältnisse des Beckens im gegebenen Falle und der jeweiligen Stellung des Kopfes zum Becken, so wie bei einiger Vorbereitung durch das Phantom keineswegs eine genügende Veranlassung vor, die Fassung zu verlieren. Ja, wird nicht viel leichter diese gefürchtete Emotion gerade dann Platz zu greifen eine gewisse Neigung zeigen, wenn der Geburtshelfer ausschließlich auf einen Handgriff eingeübt ist und er mit diesem dann allerdings zurechtkommen muss, falls er nicht perforiren will? Und ist denn ein durch die Erregung des Augenblicks veranlasstes forcirtes Manipuliren bei dem sonst so segensreichen Veit-Smellie'schen Verfahren gefahrlos?

Bezog sich das oben Gesagte auf den mit seinem größten Umfang im oder über dem Beckeneingang stehenden Kopf, so erscheint die Applikation der Zange noch weit einfacher, wenn dieser bereits in die Beckenhöhle eingetreten ist. Hierbei hält sich der Löffel dicht an den Kopf, wobei er — genügend behutsames Verfahren vorausgesetzt — keinerlei Schaden stiften kann, so dass es hierbei nur theilweiser Deckung durch die Hand bedarf.

Obwohl ich persönlich nicht über solche Fälle verfüge, so will ich doch principiell die Möglichkeit nicht in Abrede stellen, dass unter ganz besonderen Umständen die Zangenanlegung sehr schwer sein mag. Solche ungewöhnliche Verhältnisse müssen aber durchaus nicht vorliegen, wenn diese Operation unter den von ihren Verfechtern ausgeführten Indikationen stattfinden soll, im Gegentheil, sie werden eine Kontraindikation ergeben.

Füge ich nun dem oben Gesagten noch hinzu, dass in allen Fällen, wo die Zange an den nachfolgenden Kopf in Frage kommt, durch die vorhergegangene Geburt des Rumpfes die Weichtheile (für gewöhnlich den Muttermund eingeschlossen) vortrefflich für die Einführung von Hand und Instrument vorbereitet sind, dass der Hals des Kindes als Leiter zum Kopfe hin für die Zangenanlegung geradezu werthvoll erscheint und dass der Kopf selbst, was sicherlich für einen Theil, der gefasst werden soll, nicht unwesentlich sein dürfte, fixirt beziehungsweise fixirbar ist, so dürften die Momente aufgezählt sein, durch die es veranlasst worden ist, dass bisher im Allgemeinen die Anlegung der Zange an den nachfolgenden Kopf als nicht besonders schwierig angesehen wurde. Lomer wundert sich darüber, dass auf die ihm scheinende Schwierigkeit nicht bereits mehr in der Litteratur hingewiesen worden sei; aber wie ich glaube, hat dies darin seinen Grund, dass die Autoren nach ihren persönlichen Erfahrungen diese Operation nicht für allzu schwierig hielten.

Mir ist bislang bei der Frage, in wie weit die Zangenanlegung an den nachfolgenden Kopf Bedeutung für die ärztliche Praxis habe, der Umstand viel bedenklicher erschienen, dass nicht wohl dem Operirenden stets die Zange zur Hand liege. Hervorholen derselben aus dem Besteck, Desinficiren etc. kostet Zeit, und die Sachlage erheischt mit Sekunden zu geizen. Doch ließe sich diesem Umstand ja leicht durch die Forderung abhelfen, bei einer Geburt, welche irgend welche Aussicht auf ein Nothwendigwerden der Zange bietet oder, noch weiter gehend, bei jeder Geburt in Unterendlage zeitig die Zange zurechtzulegen.

Ganz anders aber verhält es sich bei der Frage über die Schwierigkeit der

Anlegung in Bezug auf die Ausführung dieser Operation in der Praxis. In dieser Beziehung hängt Alles von der Geschicklichkeit des Operirenden ab. Aber auch in der hieraus sich ergebenden Konsequenz weiche ich von Lomer ab. Halten Viele die Zangenanlegung für relativ leicht, so hält sie Lomer geradezu für schwer und folgert daraus, dass der Durchschnittsarzt, um durch ungeschicktes Manipuliren keinen Schaden anzurichten, die Hände von dieser Operation lassen müsse. Die Richtigkeit der Lomer'schen Annahme angenommen, aber nicht zugegeben, folgere ich daraus nur, dass die Einübung dieser Operation im geburtshilflichen Operationskursus eine um so sorgfältigere sein muss. Rüstet doch die Universität ihre Jünger mit einer großen Zahl von Kenntnissen und Fertigkeiten aus, welche sich auf Dinge beziehen, die der praktische Arzt vielleicht nie braucht, vielleicht aber einmal brauchen zu müssen in die Lage kommen kann, Kaiserschnitt, Bruchoperation etc.

Haben die drei von Lomer veröffentlichten Fälle ihm »persönlich« die Überzeugung gegeben, dass diese Operation in einzelnen Fällen für geübte Geburtshelfer werthvoll sei, da durch dieselbe unter den angegebenen Umständen thatsächlich sonst unbedingt verlorene kindliche Leben gerettet werden können, warum sollten wir nicht diese Dexterität zum Gemeingut aller Ärzte machen? Wer die Zange an den vorliegenden Kopf, wer den Kephalothryptor etc. anzulegen versteht, wird sicherlich auch die Zange an den nachfolgenden Kopf zu appliciren lernen.

So erscheint mir, selbst vom Standpunkt einer die Zangenanlegung als schwierig schätzenden Beurtheilung, die Verwerfung derselben für die ärztliche Praxis nicht gerechtfertigt, ein Punkt in der beregten Frage, auf dessen alleinige Besprechung ich mich heute zu beschränken leider gezwungen bin.

---

## 1) **M. Sänger** (Leipzig). Neue Beiträge zur Kaiserschnittfrage.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 2.)

Nach einer Einleitung, in welcher Verf. noch einmal die Porro-Operation der von ihm selbst angegebenen Methode der Sectio caesarea gegenübergestellt und die gegen die letztere erhobenen Angriffe im Allgemeinen zurückweist, theilt er einen von ihm selbst operirten Fall konservativen Kaiserschnittes mit: 21jährige Ipara mit allgemein verengtem, rachitisch plattem Becken mit einer Conj. vera von 6—6,5 cm. Sectio caesarea nach der S.'schen Methode bei fast vollständig erweitertem Muttermund und stehender Blase. Die Incision des Uterus traf in seiner ganzen Länge die Placenta. Trotzdem nur geringe Blutung. Extraktion eines leicht asphyktischen Kindes. Erst nach manueller Lösung der Nachgeburt Konstriktion des Uterus mit Gummischlauch. Unterminirung der Serosa (3—4 mm). Resektion der Muscularis (Scheiben von 1—2 mm). Diese Naht der Uteruswunde mit 8 tiefgreifenden Silber- und 20 sero-serösen Seidennähten unter Einfalzung der unterminirten Serosa. Aus der Nahtlinie kam nicht ein Tröpfchen Blut. Jodoformirung derselben. Keine Toilette der Bauchhöhle. Schluss der Bauchwunde. 2 Spritzen Ergotin subkutan. Den Uterus nach unten drängender fester Polsterverband aus Jutebäuschen. Während des Wochenbettes höchste Temperatur 37,9. Den Eintritt von starkem Meteorismus und Steigerung der Pulszahl (120) sieht S. als Folge einer Sympathicusparese und Darmlähmung veranlasst durch den Druck des Polsterverbandes an. Am 15. Tag verließ die Wöchnerin das Bett.

Dem Bericht über diesen Fall schließt Verf. eine Reihe epikri-

tischer und technischer Bemerkungen zur Operation an, welche kurz zusammengefasst nachstehend rekapitulirt werden sollen.

Bauch- und Uterusschnitt sollen kongruent sein, ihre durchschnittliche Länge 16 cm betragen, der Uterusschnitt als vorderer, mittlerer Medianschnitt angelegt werden, so dass das untere Uterinsegment vermieden wird. Aus den im Bereich der lockeren Haftung des Peritoneum befindlichen Blutsinus und cirkulären Venen, welche durch die dünnere Muskulatur weniger festgeschlossen erhalten werden, entstehen leicht stärkere Blutungen und subseröse Hämatome, ferner Zellgewebseiterungen, welche zur Ausstoßung der Suturen führen können. S. ist sogar der Überzeugung, dass die schweren, früher sonst tödlichen Blutungen beim Kaiserschnitt weniger auf Atonie des Corpus uteri als auf zu tiefe Schnittführung und Durchtrennung jener Gefäße zurückzuführen sind.

In einem längeren Abschnitt bespricht Verf. die Schlüsse, welche von anderen Autoren aus dem Verhalten der Placenta bei durch den Kaiserschnitt eröffneten Uterus auf die Lösungsvorgänge der Nachgeburt gemacht worden sind. Er hält dieselben für unzutreffend, da die betreffenden Uteri sich in Folge der Operation in einem völlig abnormen Zustand befinden. Überhaupt glaubt er nicht, dass wir durch direkte Beobachtung beim Kaiserschnitt über die beregten Vorgänge noch mehr lernen werden, als wir durch anatomische Forschungen und klinische Untersuchungen wissen und noch erfahren können.

Der wichtigste Theil der S.'schen Arbeit ist derjenige, welcher die Uterusnaht behandelt. Als die Hauptpunkte seiner eigenen Nahtmethode führt S. an: 1) Strenge Antisepsis, 2) zahlreiche Suturen in kurzen Abständen, als tiefe sero-muskuläre und oberflächliche seroseröse Falznähte, 3) Freilassung der Decidua, 4) nicht oder schwer resorbirbares Nahtmaterial (Silber, Seide), bis ein zuverlässiges, animalisches und in angemessener Zeit resorbirbares gefunden ist. Um die sero-serösen Falznähte bequem anlegen zu können, hat er bekanntlich die Unterminirung der Serosae und subperitoneale Resektion der Muscularis empfohlen, besonders da, wo die Serosae weit nach außen zurückgewichen sind. Auf Grund des von ihm selbst operirten Falles giebt er die Breite des zu resecirenden Stückchen Muscularis auf ca. 2 mm an, während die Unterminirung der Serosae nicht tiefer als 4 mm gehen soll. Leopold hat weit breiter (1 cm jederseits) resecirt.

Sehr warm vertheidigt S. die Einfalzung des Peritoneum, welche von Schröder (bei der Nahtversorgung des Stumpfes nach der supravaginalen Uterusamputation) angegriffen worden ist. Er betont, dass dieselbe bei der Neigung der Serosae zur Retraktion weit sicherer zu einer Verwachsung der letzteren führt als ihre einfache, lineäre Vereinigung. Das kubische Epithel des Peritoneum giebt dabei durchaus kein Hindernis ab. Meist geht es zum großen Theil während der Operation zu Grunde. Das von Epithel entblößte Peri-

toneum verhält sich aber ganz wie angefrischtes Gewebe. Durch Thierversuche hat S. außerdem nachgewiesen, dass schon die bloße Naht genügt, um peritoneale Flächen in beliebiger Ausdehnung zu rascher Verklebung und Zusammenheilung zu bringen. Am Schluss dieses Abschnittes seiner Arbeit erklärt er, dass das Aufgeben der Symperitonealnaht mit geringer Einfalzung des Peritoneum nach seiner Ansicht für die Technik des Kaiserschnittes einen Rückschritt bedeuten würde.

Zur Prüfung der Frage, wie die Symperitonealnaht ohne Resektion am geeignetsten auszuführen sei, hat S. weitere Nahtversuche angestellt. Von denselben ist folgender besonders erwähnenswerth: Wurde in einer Entfernung von 0,3 bis 0,4 cm vom Wundrand die Serosa durch einen feinen, nur diese durchtrennenden Schnitt geritzt, dann am freien Rand der Serosa gezogen, so ließ sich dieselbe leichter und breiter herausziehen, leichter nach innen umbiegen und einfalzen als bei nicht oder auf 5 mm unterminirter Serosa. Wurde nun so genäht, dass nach außen von dem Ritz in der Serosa ein- und ausgestochen wurde, so legten sich diese ausgezeichnet an einander. S. bezeichnet diese Methode als »Umbiegungsnaht«.

Andere Versuche ergaben, dass es nicht möglich, eine musculo-musculäre und sero-seröse Falznaht zugleich auszuführen, die tiefe und oberflächliche Naht mit einem Faden vorzunehmen. Diese müssen getrennt angelegt werden.

In einem kurzen Anhang stellt schließlich Verf. Kaiserschnitt und Kraniotomie einander gegenüber. Er polemisirt gegen die Ansicht (Jaggard, Amer. journ. of obstetr. Bd. XVII. Febr. 1884), dass nur die Porro-Operation als einzige Konkurrenz der Kraniotomie bei lebendem Kind bestehen könne, nimmt dies vielmehr für die verbesserte Methode des konservativen Kaiserschnittes in Anspruch, da sie die Mutter, das Kind und die Genitalien erhalte. Er steht nicht an, den Kaiserschnitt für lebenssicher zu erklären unter folgenden Voraussetzungen: 1) bei Abwesenheit jeglicher puerperaler Infektion, 2) bei frühzeitiger Vornahme, 3) bei antiseptischer Ausführung unter Einhaltung einer den anerkannten Principien folgenden Technik.

Aus einer Zusammenstellung der 10 nach der S.'schen Methode operirten Kaiserschnittfälle geht hervor, dass die Mortalität 40% gegen 56,57% der Porro-Operation beträgt. **Graefe** (Halle a/S.).

---

## 2) **Harris.** Die Wahl der Methode bei der Entbindung mittels Bauchschnitts.

(Amer. journ. of med. sciences 1885. Oktober. p. 365.)

Trotz der Fortschritte, welche die abdominelle Chirurgie in letzter Zeit zu verzeichnen hatte, bleibt das verwunderliche Faktum bestehen, dass die Mortalität des klassischen Kaiserschnitts in den United States im Steigen ist. Der Grund hierfür liegt offenbar in dem ungünstigen

prognostischen Zustand, in welchem die Puerpera dem Messer des Chirurgen überliefert wird, nachdem alle möglichen Entbindungsversuche bereits gemacht sind. Auch die so viel versprechende Naht der Uteruswunde kann keine Wunder thun und es ist nicht mehr Sache des Chirurgen, sondern des Geburtshelfers, die Mortalitätsrate herabzusetzen, indem sie die Indikation zur Operation stellen, ehe die Kreißende erschöpft ist. Die Listen des Verf. zeigen, dass die Mortalität der Operation in erster Linie von dem Zustand der Kreißenden abhängt. Vor 1867 wurde die Uterusnaht in Amerika nur 3mal, von da an unter den nächsten 10 Operationen 7mal, unter den folgenden 20 8mal und unter den letzten 24 18mal gemacht, von diesen letzten wieder, unter den letzten 19, nur 3mal fortgelassen. Trotzdem verliefen 38 Kaiserschnitte seit 1. Januar 1875 für 29 Frauen und 21 Kinder tödlich. Auch von den 17 lebend entwickelten Kindern wurden nur wenige gerettet. Bei 28 Frauen war seit Beginn der Geburt 1 Tag bis 2 Wochen, bei 15 davon mehr als 3 Tage, und hiervon wieder bei 7, 4 Tage und mehr vergangen.

Bessere Resultate dagegen wurden namentlich in Deutschland mit der Sänger'schen oder einer ihr ähnlichen Operationsmethode erzielt, bei welchen auch ohne die Resektion der Muscularis die Serosa eingefalzt wurde. Dies gelang in den betreffenden 4 Fällen beim Zusammenziehen des Uterus leicht, wenn auch in dem einen derselben weniger gut, bei welchem ein starres Fibroid aus der hinteren Cervixwand die Elasticität der Muskulatur herabgesetzt hatte. Daher räth H. dem Vorschlag Leopold's zu folgen, und sowohl die Resektion des Muskelkeils als auch die blutige Trennung der Serosa mit dem Messer wegzulassen. 3 Fälle derart wurden in Amerika von den Operateuren Garrigues (New York), Jewett (Brooklyn) und Drysdall operirt, alle 3 starben in Folge ihres misslichen Zustandes vor der Geburt, in den beiden ersten Fällen zeigte sich nach 50 resp. 45 Stunden post operationem die Wunde im Uterus gänzlich verheilt. Die Darmnaht nach Gély wird empfohlen, bei welcher die Peritonealränder mit den Scalpellstiel einzufalzen sind. Im Ganzen stellte sich unter 12 bisher nach diesen Methoden Operirten die Mortalität der Mütter auf 50, die der Kinder auf $23\frac{1}{2}$%.

Die ferner in Frage kommende Operation der Laparo-Elythrotomie ist gleichfalls 12mal ausgeführt worden, mit 2 Ausnahmen, welche auf England fallen, stets in Amerika. Hiermit wurden gerettet 6 Mütter = 50% (nicht 59 wie angegeben) und 7 Kinder = $58\frac{1}{3}$%. Die Operation hat sicher ihre Grenzen, und oftmals ist sie nicht anwendbar, wenn das Geburtshindernis im unteren Theil des Uterus liegt, auch wird sie eben so wie der klassische Kaiserschnitt von dem Zustand der Organe und der Länge der schon verflossenen Geburtsdauer abhängen. Auch wird ihr die Porro'sche Methode vorzuziehen sein, wo der Fötus bereits putride ist, wenn auch Gillette

die Laparo-Elytrotomie einmal unter solchen Umständen mit günstigem Ausgang machte. Da aber in Großbritannien 75% früher Kaiserschnitte für die Mütter letal verliefen, ist dort ein Versuch mit der neuen Methode zu machen. Die 2 hiernach dort operirten und letal verlaufenen Fälle haben leider bisher von ihrer Wiederholung abgeschreckt — mit Unrecht, da sie sehr schlecht ausgesucht waren und wegen des schlechten Zustandes der Frauen von Haus aus wenig versprachen. Der hohen Todesrate von $84^{4}/_{19}$% Mütter und $73^{17}/_{19}$% im Staate New York für den Kaiserschnitt stehen die Zahlen der Laparo-Elythrotomie höchst günstig gegenüber, indem hier durch 9 solche Operationen 6 Frauen und 5 Kinder gerettet wurden, obgleich einzelne darunter spät und unter ungünstigen Umständen vorgenommen wurden. Übrigens möchte Ref. darauf aufmerksam machen, dass unter den 12 Fällen der Liste des Verf. 5mal »Laceration« und 1mal »cut by scissors« in der Kolumne »Injury to bladder« angegeben ist, und dennoch nur bei einer Zerreißung der Tod eintrat.

Der Porro'schen Operation wird nur kurz gedacht und keine Listen für sie gegeben.

Lühe (Demmin).

### 3) **A. Auvard.** Über die Anwendung heißer Vaginalinjektionen während der Schwangerschaft und Geburtsthätigkeit.

(Journ. d'accouch. 1885. No. 7.)

Versuche, welche Pinard mit heißen Vaginalinjektionen (bis 48°) anstellte, ergaben, dass dieselben bei Schwangeren vor Eintritt der Geburtsthätigkeit nicht im Stande sind, Wehen hervorzurufen, falls die Druckhöhe der Einspritzung keine zu große, der Strahl nicht direkt gegen die Portio gerichtet ist. Die Fälle, in welchen andere Autoren durch heiße Injektionen die Frühgeburt einleiteten, erklärt A. nicht durch die Wirkung der Hitze, führt sie vielmehr auf das eben erwähnte mechanisch-traumatische Moment zurück resp. darauf, dass schon zuvor die Wehenthätigkeit begonnen. Denn weitere Versuche Pinard's ergaben, dass heiße Vaginalinjektionen, nach Eintritt der Uteruskontraktionen angewandt, diese kräftiger, wenn auch nicht zahlreicher werden. Der Effekt ist eine sehr schnelle Erweiterung des Muttermundes.

Graefe (Halle a/S.).

### 4) **Landis.** Behandlung der Extra-uterin-Schwangerschaft mit Elektricität.

(Amer. journ. of med. sciences 1885. Oktober. p. 446.)

L. hat den Einfluss elektrischer Ströme auf niedere Thiere untersucht und schließt aus den gemachten Experimenten für die Behandlung der Extra-uterin-Schwangerschaft, dass man den faradischen Strom längere Zeit, etwa eine Stunde einwirken lassen soll, so wie auch in mehrfachen Wiederholungen, um die Vitalität des

Fötus schließlich zu erschöpfen. Ferner muss der angewandte Strom stark sein. Er wirkt übrigens nicht allein auf den Fötus selbst zerstörend, sondern auch dadurch, dass er die placentare Cirkulation schädigt, was abermals ein Grund für größere Dauer der Einwirkung ist.

**Lühe** (Demmin).

---

# Kasuistik.

## 5) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 26. Februar 1886.

Vorsitzender: Herr Schröder, stellv. Schriftführer: Herr Winter.

I. Demonstration von Präparaten.

a. Herr E. Cohn demonstrirt 1) eine hochgradige Meningocele an einem 20 Stunden alten lebenden Kinde. Es ist eine Meningocele des Vorderhauptes, das ganze Großhirn ist prolabirt, die Incisur ist deutlich erkennbar, eben so die linke Hemisphäre, die rechte kleinere ist in einen vorderen geringeren und hinteren größeren Lappen getheilt. Von der Umschlagstelle der Cutis auf die Geschwulst links geht ein 25 cm langes Simonart'sches Band ab.

Eine kleinere Meningocele mit einem kürzeren amniotischen Strang erhebt sich in der Gegend der kleinen Fontanelle.

2) Eine eigenthümliche Missbildung des Kopfes bei einem lebenden, acht Tage alten, kräftigen weiblichen Kinde. Es stammt von einer Ipara und soll in Gesichtslage geboren worden sein.

Es handelt sich um eine Encephalocele, welche aber vollkommen von normaler Kopfhaut bedeckt ist und sich an der Stirn befindet. Es scheint, als ob die Stirnbeine weit aus einander gedrängt sind, ohne missbildet zu sein. Zugleich stehen die Augen weit aus einander. Die Entwicklung der Nase ist zurückgeblieben, indem rechts und links durch mangelnde Vereinigung der Nasenlöcher ein Spalt besteht, nach den Seiten begrenzt durch einen rudimentären Nasenflügel.

Der Oberkiefer ist normal, zeigt keine Spaltbildung. Das Hinterhaupt ist sehr klein und von vorn nach hinten abgeflacht.

Die Missbildung ist embryologisch sehr interessant für die Entwicklung der Nase.

(Das Kind lebt am 12. März noch und entwickelt sich gut.)

b. Herr Schröder demonstrirt 1) einen Uterus mit Sarkom von einer Frau stammend, welchen er schon 7mal ausgeräumt hat, Anfangs wurden myomatöse Polypen entfernt, welche, immer wieder wachsend, allmählich in sarkome übergingen, was die regelmäßig vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab; die Frau konnte sich erst zur Totalexstirpation entschließen, nachdem schon 3mal Sarkom ausgeräumt war; der vor der letzten Excochleation über mannskopfgroße Uterus wurde nach derselben durch Secale, Hydrastis, heiße Duschen so weit verkleinert, dass er per vaginam ohne besondere Schwierigkeiten total exstirpirt werden konnte. Der Uterus ist jetzt faustgroß, hat dicke Wandungen und zeigt auf seiner Innenfläche einzelne weiche Sarkomknollen;

2) einen Uterus mit Carcinoma cervicis, per vaginam total exstirpirt. Die Form des Carcinoms war hier der Knoten im Cervix; welcher nach dem Cervikalkanal durchgebrochen war und nach oben bis über den inneren Muttermund hinaufreichte.

Herr S. hat beide Uteri nach der Olshausen'schen Methode, ohne Umstülpung, operirt und fand in beiden Fällen, dass nach Unterbindung der Parametrien der Uterus sich sehr gut herunterziehen ließ.

II. Diskussion über den Vortrag des Herrn Cohn: »Über Anästhesirung Kreißender«.

Herr J. Veit. Der Vorwurf, dass die Narkose Kreißender in gewissem Sinne ein Luxus ist, trifft nur für wenige Fälle zu, bes. für die Austreibungsperiode

Mehrgebärender; hier kann sie ja meist leicht entbehrt werden, so angenehm sie im einzelnen Fall auch sein wird. Im Übrigen bin ich mit dem Vortr. von der geringen praktischen Bedeutung des Stickstoffoxyduls einverstanden, möchte aber dem Chloroform vor dem Bromäthyl so wesentliche Vorzüge zuerkennen, dass ich nur das erstere anwende. Nach Haeckermann's Mittheilungen schien es ja, als ob die leichte Bewusstlosigkeit für die Anlegung der Zange regelmäßig ausreicht; ich habe mich aber überzeugen müssen, dass dies entschieden nur für relativ verständige Kreißende zutrifft, die einen mäßigen Schmerz auszuhalten beabsichtigen. Mehrfach habe ich außer großer Unruhe, Schreien etc., unwillkürliche Bewegungen gesehen, so dass ich dann zur tiefen Bromäthylnarkose schreite, die nur in der Privatpraxis durch den unerträglichen Geruch der Ausathmungsluft im Wochenbett nicht anwendbar scheint. So bin ich also für Anwendung des Chloroforms und halte diese für nothwendig in allen den Fällen, in denen vaginismusartige Empfindlichkeit der Vulva die Frauen in der Austreibungsperiode am Pressen hindert. Hier hilft es oft überraschend, es steigert die Kraft der Bauchpresse und bewirkt so Beschleunigung der Geburt. Für Operationen reicht die leichte Chloroformnarkose nicht aus; ich habe mich nur gewöhnt in den Fällen, wo ich es mit ruhigen Personen zu thun habe, denen ich den Schmerz etwas erleichtern will, die Zange ohne Narkose anzulegen und bei der Extraktion einige Züge Chloroform einathmen zu lassen. Es erleichtert dies wesentlich. Hat man übrigens in leichter Narkose spontan den Kopf bei engem Introitus bis in die Vulva eintreten sehen, so ist dann, um das unwillkürliche Mitpressen zu vermeiden, tiefere Narkose oft sehr vortheilhaft und natürlich leicht erreichbar. Ich will zum Schluss besonders hervorheben, dass ich in Folge der Anwendung der leichten Narkose niemals bei Kreißenden üble Zufälle erlebt habe und auch niemals mich wegen Verlangsamung der kindlichen Herztöne zur Extraktion habe entschließen brauchen, so dass ich nur Gutes vom Chloroform gesehen habe und seiner Anwendung in der leichten Art das Wort reden muss.

Herr Bokelmann will das Chloroform doch nicht als so absolut unschädlich hinstellen, da er zwei Fälle von sehr schweren Asphyxien bei Kreißenden gesehen; in dem einen Fall musste er die Wendung bei Nabelschnurvorfall unterbrechen, so dass das Kind abstarb.

Herr Schröder betrachtet es doch auch als eine wichtige Aufgabe des Chloroforms den Wehenschmerz zu lindern; er hat nie Asphyxien gesehen und hält sie für extrem selten. Die tiefe Narkose kann dem Kinde schaden; dies dokumentirt sich aber nicht durch intra-uterine Verlangsamung der Fötaltöne, sondern die Kinder werden lebend geboren, werden aber bald schlaff und welk und sterben nach einigen Stunden.

Herr Cohn hat zweimal Asphyxien bei Kreißenden gesehen, welche Anfangs etwas Bromäthyl bekommen und dann chloroformirt worden waren; in dem Zusammenwirken dieser beiden Anästhetika sieht er die Ursache der Asphyxie.

III. Vortrag des Herrn Veit: »Uterusdilatation«.

(Der Vortrag wird an anderem Ort in extenso erscheinen.)

In der Diskussion bemerkt Herr Löhlein, dass die Quellmittel wieder mehr Eingang finden müssten, da die Hauptgefahr derselben, die Infektion, heute ziemlich sicher ausgeschlossen werden könne; er wendet nur Laminaria an und hat nie Fieber danach gesehen; die Indikation werde immer selten sein, da in den meisten Fällen von starker Blutung der Cervix für den Finger durchgängig sei. Die bilaterale Discission des Cervix will er auch nur in den Fällen machen, wo der Cervix durch den von oben herunterkommenden Polypen, Ei etc. zum großen Theil dilatirt ist.

Herr Odebrecht hat merkwürdige Fälle von Perforation der Uteruswand mit der Sonde erlebt, wo er sie nicht direkt durchgestoßen, sondern nach anderer Richtung hin plötzlich wie in eine zweite Höhle hineingleiten sah.

Herr Martin kann auch nach seiner bisherigen Erfahrung dem Herrn Vortr. nur bestätigen, dass er, so wie zur Zeit ihrer gemeinsamen Assistentenarbeit an der Frauenklinik, bei Verhaltung von Placentartheilen, eventuell in der Narkose, den

Finger zur Lösung und Entfernung stets hat einbringen können. Zur Entfernung von Deciduaresten genügt die Einführung der Curette, die er bislang noch stets ohne vorherige Ausweitung vor sich gehen sah. Die Zahl der Fälle, in denen also eine Ausweitung des Uterushalses nothwendig sei, habe sich in seiner (A. Martin's) Praxis außerordentlich reducirt. In solchen immer sehr schweren Fällen empfiehlt A. Martin den weniger Geübten die Laminariadilatation. Die Ausweitung mit Stahlinstrumenten oder den Hegar'schen Dilatatorien hat in den vielfachen Versuchen, welche A. M. damit angestellt hat, stets zu solchen gerissenen Verletzungen geführt, dass er dieses Verfahren nicht empfehlen möchte. Er selbst sieht es vor, da wo die Zugänglichkeit der Uterushöhle unerlässlich nöthig erscheint, die Lig. lata zu unterbinden, das Collum zu spalten und nach vollbrachter Ausräumung des Uterus die glatte Schnittwunde zu vernähen.

Herr Löhlein hat keine Perforation mit dem Löffel gesehen und hält sie für ungefährlich, wenn sie nur rechtzeitig erkannt wird; Fälle, wie von Odebrecht erwähnt, können sich ereignen, wenn man z. B. bei Elong. colli supravag. aus dem Cervix plötzlich mit der Sonde in die Uterushöhle, oder, wie es ihm passirt, beim Uterus bicornis, in die zweite Uterushälfte gleitet.

Herr Schröder warnt sehr vor dem Fixiren des Uterus mit der Zange beim Auskratzen, da dabei sehr viel leichter eine Perforation mit dem Löffel eintreten kann; er selbst hat nur unter diesen Verhältnissen eine Perforation eintreten, aber dieselbe immer reaktionslos heilen sehen.

Herr Veit hält die Anwendung der Laminaria doch für weniger gefährlich, als die Martin'sche bilaterale Discission des Cervix.

---

### 6) Stepanow (Moskau). Ein Fall von vikariirender Menstruation durch das Ohr.

(Medicinische Rundschau 1885. No. 19. [Russisch.])

Verf. klagt, dass die Ohrenärzte bis jetzt wenig Aufmerksamkeit diesen Fällen zugewandt haben und dass nur sehr wenige Fälle in der Litteratur existiren. Er kennt nur die Fälle von Jacobi[1], Benni[2] und 3 Fälle von Menière[3], Henzinger[4], Huss[5] und Lang[6]. In den 3 Fällen von Menière bestand Krankheit des inneren Ohres, von den anderen Fällen ist nichts Näheres bekannt, außer dass die Kranken von Henzinger und Huss »hysterisch« waren.

Die Kranke des Verf.s war ein 17jähriges Mädchen, eine Schülerin des Lehrerinnenseminars in Moskau. Mit dem Erscheinen der ersten Regeln fanden sich verschiedene nervöse Erscheinungen ein (große Reizbarkeit, besonders wenn sie singen hörte und Lähmung der Unterextremitäten). Diese Paralyse verschwand allmählich, die Menstruation kehrte aber nicht wieder; statt dessen traten monatlich zuerst aus beiden, dann nur aus dem linken Ohr Blutungen ein. Die Blutung dauerte 1—2 Tage und war von Herzklopfen und Schmerz in der Herzgegend begleitet.

Die Kranke ist fett, aber anämisch, leidet an Kopfschmerzen und Ohnmachtsanfällen, Herzklopfen und Schmerz in der Herzgegend, die unteren Rückenmarkswirbel sind hyperästhetisch, die unteren Extremitäten anästhetisch. Die Untersuchung der Ohren ergab keine krankhaften Veränderungen. Das Gehör ist normal, wird aber auf dem linken Ohre bedeutend abgeschwächt vor und zur Zeit der Blutung. Da das Trommelfell nicht verletzt war, so musste die Blutung aus dem äußeren Ohr erfolgen, obgleich es dem Verf. nicht gelang, sich davon zu überzeugen. **Reimann** (Kiew).

---

[1] Lehrbuch der Ohrenheilkunde von Urbantschitsch.
[2] Archiv für Ohrenheilkunde Bd. XVI.
[3] Annal. des mal. de l'oreille 1885. No. 2 u. 4.
[4] Schmidt's Jahrb. Bd. IX.
[5] Ibid. Bd. XXII.
[6] Ibid. Bd. VII.

7) **Jules Boeckel** (Straßburg). **Mittheilungen über Laparotomien.**
(Gaz. méd. de Strasbourg 1885. No. 11.)

1) Verletzungen der Blase bei der Laparotomie.

B. berichtet über 2 diesbezügliche Fälle. In dem einen Falle handelte es sich um einen großen, multilokulären Ovarientumor. Es waren mehrfache Attacken von Peritonitis vorausgegangen, welche zu ausgedehnten, die Operation erschwerenden Adhäsionen geführt hatten. Bei der Unterbindung des dicken Stieles fiel eine in die Ligatur gefasste, resistente Gewebspartie auf, welche die Vermuthung nahe legte, es sei ein Divertikel der Blase mitgefasst worden; ein in die Blase eingeführter Katheter gab jedoch hierfür keine Bestätigung. Vom 4. Tage an stieg die Temperatur über die Norm; bei einem am 6. Tage vorgenommenen Verbandwechsel zeigte es sich, dass Urin aus dem unteren Winkel der nicht vereinigten Bauchwunde fast kontinuirlich hervorsickerte; Injektion von Milch in die Blase bewies den Zusammenhang. Am 13. Tage erfolgte unter den Erscheinungen der Peritonitis der Tod. Die Sektion zeigte einen 3 cm großen Defekt der Blasenwand, in dessen Umgebung eine gelockerte Katgutligatur. Offenbar hatte eine in die Ligatur gefasste Partie, welche nekrotisch geworden war, den Defekt und damit den unglücklichen Ausgang veranlasst. Eine Besserung im Befinden vom 7. bis zum 11. Tage hatte die Hoffnung rege gemacht, dass sich Adhäsionen bildeten, welche die Entstehung einer allgemeinen Peritonitis verhüten würden. Ob ein frühzeitig vorgenommener operativer Eingriff von Erfolg gekrönt gewesen wäre, ist schwer zu entscheiden; doch würde B. sich zu einem solchen in einem ähnlichen Falle entschließen.

Der 2. Fall betrifft eine Verletzung der Blase bei einer wegen Myom versuchten Kastration. Vorausgegangene Peritonitiden hatten viele Verwachsungen herbeigeführt und die normalen Verhältnisse der Blase erheblich verändert. Bei der Trennung der sehr ausgedehnten Adhäsionen ergoss sich plötzlich Urin, die Blase war in einer Ausdehnung von 4 cm verletzt worden; diese Wunde wurde sofort mit 9 Nähten geschlossen. Die Adhäsionen erwiesen sich als so fest und ausgedehnt, dass von einer Vollendung der Operation Abstand genommen werden musste. Die Rekonvalescenz war bis auf einen vorübergehenden Blasenkatarrh ungestört. Der Allgemeinzustand der Pat. besserte sich, die Blutungen wurden geringer, der Tumor verkleinerte sich, vermuthlich in Folge der Trennung zahlreicher Adhäsionen.

2) Ovariotomie.

Von den mitgetheilten 2 Fällen betrifft der erste ein multilokuläres Ovarialkystom, welches vor der Operation für ein Uterusmyom gehalten worden war. Da der Tumor in Folge zahlreicher Adhäsionen wenig beweglich und die Bauchwand wenig ausdehnbar war, wurde zu der Längsincision noch ein querer Schnitt durch die Bauchwand hinzugefügt. Sehr innige Verwachsungen mit dem Darm und mit dem Uterus erschwerten die Entfernung des Tumors. Glatte Heilung.

Im 2. Falle handelte es sich um eine unkomplicirte Operation einer unilokulären Ovariencyste. **Skutsch** (Jena).

8) **E. W. Roughton** (London). **Hyperemesis.**
(Lancet 1885. September 5.)

R. bespricht zunächst in Kürze die in Folge der Gravidität in den drüsigen Unterleibsorganen auftretende trübe Schwellung und fettige Degeneration, die je nach dem Sitze in Leber oder Niere zum Vomitus gravidarum oder Eklampsie führen soll. Die bezüglich des Vomitus aufgestellte Ansicht, dass derselbe in Folge von Flexionen des Uterus oder Hyperplasie und chronischer Kongestion des Cervix zu Stande komme, sei nicht erwiesen. Er spricht sich für die Ansicht aus, dass sog. unstillbares Erbrechen Schwangerer eine Folgeerscheinung fettiger Degeneration der Leber sei.

Im Weiteren theilt er einen Fall dieser Art ausführlicher mit. Objektiv konnte perkutorisch und palpatorisch eine Veränderung an der Leber nicht nachgewiesen werden, im Urin fanden sich aber Gallenpigmente, jedoch kein Leucin oder Tyrosin.

Im Verlaufe der Behandlung steigerten sich die Symptome mehr und mehr, so dass Lebensgefahr bestand; jegliche interne und subkutane Therapie blieb ohne Erfolg. Es wurde der Abort eingeleitet. Nach demselben schwanden die Erscheinungen des Erbrechens; Gallenpigment blieb im Urin noch einige Tage bestehen. Verf. zieht keine beweisenden Schlüsse aus dem Fall. Als Ultimum refugium gegen das Erbrechen hält er den künstlichen Abort für indicirt.

**Düvelius** (Berlin).

### 9) **John A. Macdougall** (Carlisle). Hydrorrhoea gravidarum (Endometritis catarrhalis decidualis).

(Edinb. med. journ. 1885. Februar.)

Die 7 vom Verf. mitgetheilten Fälle sind nur in so fern interessant, als kein einziger davon das Ende der Schwangerschaft erreichte. In zweien derselben wurde vom Verf. die künstliche Frühgeburt (7. Monat) resp. künstlicher Abort (3. Monat) eingeleitet, weil der Zustand der Frauen ihm nachgerade bedrohlich zu werden schien. Im ersten dieser beiden war der wässerige Abgang mit häufig wiederkehrenden, nicht unbedeutenden Blutungen unterbrochen; die Placenta saß dabei, wie M. glaubte erwarten zu müssen, nicht in der Nähe des Muttermundes.

In einem dritten Falle wurde von einem anderen Arzte, ohne Wissen des Verf.s im 6. Monat die Frühgeburt künstlich herbeigeführt, in der Meinung, es handle sich um ein schnell wachsendes weiches Fibrom.

In den 4 übrigen Fällen trat die Frühgeburt spontan ein.

Die Früchte fielen sämmtlich durch ihre mangelhafte Entwicklung auf; in mehreren Fällen wurde abnorm starke Lochienabsonderung notirt. Sonst erfahren wir über den Zustand und seine Behandlung weiter nichts bisher nicht schon Bekanntes.

**Zeiss** (Erfurt).

### 10) **Thomas Edwards**. Puerperalmanie; Metritis. Abscess.

(Lancet 1885. August 29.)

Bei einer 28jährigen Erstgebärenden, zeitweise psychisch afficirt, trat am 6. Tage nach der Entbindung eine schwere psychische Erkrankung ein. Mit Chloralhydrat und Kalomel wurden die Anfälle unterdrückt. Schmerzhaftigkeit der Gegend oberhalb des Uterus konstatirt. Einreibungen des Bauches mit Quecksilbersalbe und Umschläge mit Terpentin. Sechs Wochen nach der Entbindung entstand in der Mitte zwischen Pubes und Nabel ein Abscess; nach Entleerung des Eiters schwoll der Uterus schnell ab und Pat. genas.

**Düvelius** (Berlin).

### 11) **Henry W. Freeman** (London). Myomotomie.

(Lancet 1885. August 8.)

F. operirte eine 36jährige Frau, die an einem großen Myom litt, das zu starken Menstrualblutungen und Urinretention Veranlassung gab. Schnelles Wachsthum, die starken Menorrhagien und das Auftreten nervöser Zustände veranlassten zur Operation. Zunächst wurde der Versuch gemacht, das Myom subperitoneal auszuschälen, es wurde aber hiervon alsbald Abstand genommen und die supravaginale Amputation des Tumors mit Uterus und Ovarien ausgeführt. Drainage zwischen Blase und Uterus angelegt. Extraperitoneale Stielbehandlung. Pat. genas. Während der Rekonvalescenz wurde der Stumpf mit Eucalyptuslösung 1 : 30 und Eucalyptusvaseline behandelt.

**Düvelius** (Berlin).

### 12) Aus medicinischen Gesellschaften.

#### Obstetrical Society of London.

(Lancet and Med. times 1885. Juli 18.)

Dr. Priestley hält einen Vortrag, in dem er über einen Besuch der Gebäranstalten von Kopenhagen, Helsingfors, St. Petersburg berichtet, die Einrichtung der Anstalten beschreibt, die Handhabung der Antisepsis, die Behandlung der

Kreißenden, Wöchnerinnen und an Puerperalfieber Erkrankten an den einzelnen Orten mittheilt und das Mortalitätsverhältnis angiebt: Kopenhagen von 1870—1874 hatte 1 : 87 Mortalität, Helsingfors von 1879—1884 mit 1%, St. Petersburg in den letzten 3 Jahren 1 Tod an Puerperalfieber, 6 aus anderen Ursachen.

Dr. Matthews Duncan spricht die Hoffnung der allgemeinsten Anwendung strengster Antisepsis aus und meint, das Procentverhältnis der Todesfälle sei vor der Hand noch 1 : 120.

Dr. John Williams. Wir können nicht die direkten Folgen der Geburt von vorn herein ausschließen, aber durch Antiseptica muss das Puerperalfieber ausgeschlossen werden. Die Zahlen aus St. Petersburg erreichen dieses fast. Die Zahlen aus Kopenhagen und Helsingfors sind wenig anders als die des Rotunda Hospital, wo man 1% rechnen muss. Dr. Macan habe während des ersten Jahres seiner Thätigkeit in diesem Hause von 1090 Fällen 6 verloren, 2 aber nicht an Sepsis. Von Mc. Clintock und Dr. Champneys sei ein Mortalitätsverhältnis von $^1/_4$ bis $^1/_2$% herausgerechnet. Nach Anwendung verschiedener Desinficientien wende er seit Mai 1884 Sublimat an.

Dr. Champneys fixirt seine Erfahrungen auf 0,66%; 2 von 1360 starben an Phthisis. Er betont, dass die aus der Anstalt Entlassenen weiter kontrollirt werden und lässt sich zu diesem Zweck von allen berichten, behufs genauer Statistik.

Dr. West wünscht, dass die Lehrer oder die Obstetrical Society ein System über die Anwendung der Antiseptica herausgeben.

Dr. Playfair will, dass die Hebamme auch die Umgebung der Genitalien nie berührt, ohne vorherige Desinfektion. Er empfiehlt Sublimat mehr als Karbolsäure.

Dr. Gibbons. Kleine ungemessene Mengen von Desinficientien zum Waschwasser sind bedeutungslos.

Dr. Murphy fragt, ob man nach vorheriger Behandlung einer Puerperalfieberkranken zu Geburten gehen dürfe. Er hält ein Bad in 1%iger Karbolsäurelösung und Wechsel der Kleidungsstücke für sichernd.

Dr. Braxton Hicks erlebte bei 800—1000 Geburten 1 Todesfall an Sepsis. Er verwirft das Karbolvaselin gegenüber der peinlichsten Reinlichkeit der Hände.

Dr. Harvey bespricht die ungünstigen Zahlen in Calcutta, dass hier oft die Frauen intra partum und septisch in die Anstalt kommen.

Dr. Priestley zum Schluss erwähnt die guten Resultate in Queen Charlotte's Hospital; Februar 1884 bis Juli 1885 — 1 Todesfall und zwar an Eklampsie. Er bezweifelt die autogene Infektion. **Düvelius** (Berlin).

### 13) **Angus Macdonald** (Edinburgh). Mittheilung eines Falles von Masern als Komplikation von Schwangerschaft und Geburt.

(Edinb. med. journ. 1885. Februar.)

Pat., 26 Jahre, Ipara. 3 Tage nach dem Ausbruch des Exanthems, 16 Tage vor dem Termin, erfolgte die Geburt eines gesunden Kindes; leichte Neigung zu Nachblutung in der 3. Geburtsperiode; normales Wochenbett; Ende der ersten Woche leichtes Exanthem am Kinde (unbestimmt ob Masern oder nicht, jedenfalls ganz ohne Fieber).

Verf. theilt die übliche Ansicht, dass, wenn die Masern überhaupt als Komplikation von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Bedeutung haben, diese nicht sowohl der Gefährlichkeit ihres specifischen Giftes, als vielmehr der durch sie gesetzten Neigung zu Lungenerkrankung und Blutungen aus dem Endometrium zuzuschreiben ist. **Zeiss** (Erfurt).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 14.** **Sonnabend, den 3. April.** **1886.**



## I. Meine Beinhalter.

Von

**Heinrich Fritsch.**

Seit ich meine ersten Beinhalter konstruirte, habe ich dieselben vielfach modificirt. Mehrere neue Publikationen, z. B. von Sänger, Neugebauer, auch die letzte von Greder beweisen mir, dass die von mir seit 5 Jahren angewendete Modifikation unbekannt geblieben ist.

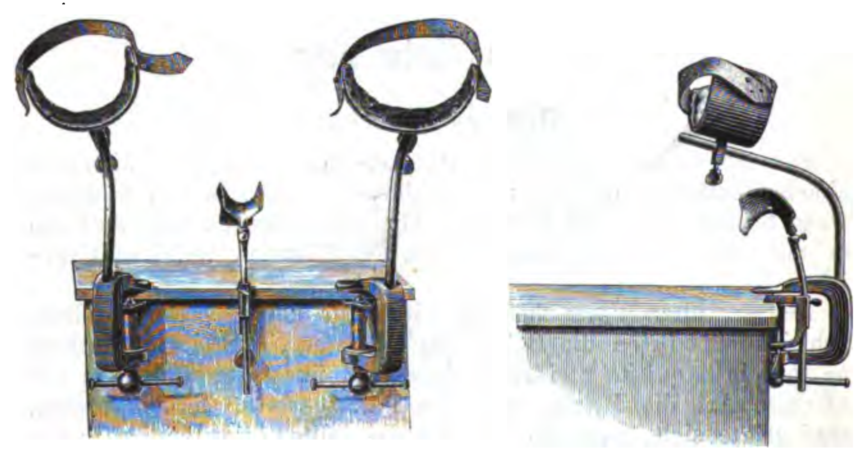
Bei der alten Form bestand allerdings keine Steißrückenlage. Auch inkommodirten die Beine den Operateur. Ich legte desshalb eine Pat. in exquisite Steißrückenlage und überlegte nun, wie auf einfachste Art die Beine, resp. die Pat. so fixirt werden könnte. Dabei zeigte sich, dass die Fixation — sollten die Beinhalter für alle Fälle, also kleine, große, magere und fette Pat. passend sein — sich nur auf den Oberschenkel erstrecken konnte. Je mehr man bei flektirten Oberschenkeln die Knie nach außen und abwärts brachte, um so stärker wurde die Steißrückenlage.

Die beigedruckten Figuren zeigen, dass die Forderung, »eine völlige Steißrückenlage herzustellen«, durch die jetzige Form der




*a* Haken für Befestigung der Schwammhalter. *b*, *c* Öffnungen für die Beinhalter.

Beinhalter jedenfalls besser und vollkommener hergestellt wird, als durch irgend welche andere Instrumente. Zum Vergleich ließ ich



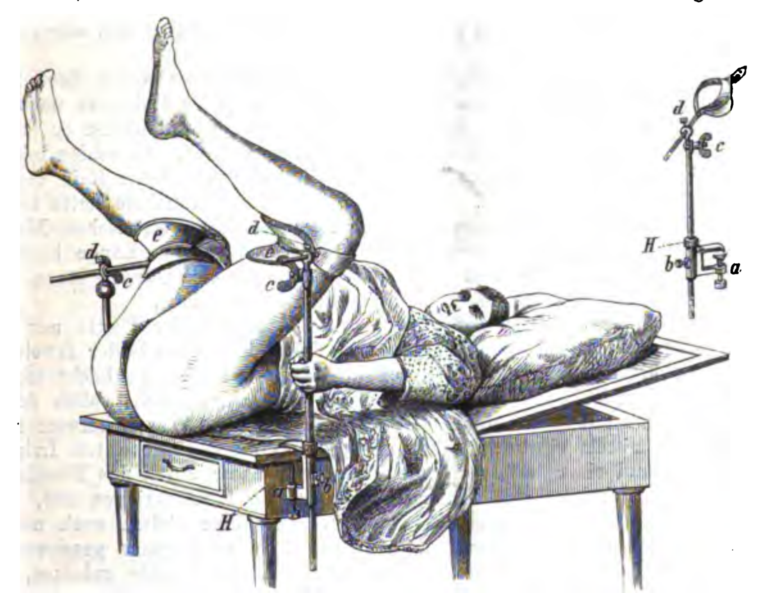
Die Beinhalter transportabel mit Klammern.

die Figur Greder's daneben stellen. Nebenbei sind es die einfachsten und billigsten Beinhalter. Jedenfalls lässt sich die Fixation der Pat.

in sehr verschiedener Weise erreichen und es bleibt Jedem unbenommen, seiner Erfindungsgabe freien Lauf zu lassen. Das Princip




aber, die Assistenten durch die instrumentelle Fixation der Kranken zu entlasten, scheint sich doch aller Orten allmählich Geltung zu verschaffen.




schaffen. Was die Vortheile der Steißrückenlage im Allgemeinen anbelangt, so wird meines Wissens schon seit Simon's Monographie über die Fisteloperation diese Lage in allen Kliniken angewendet.

## II. Zu der wehenerregenden Wirkung heifser Vollbäder.

Von
Dr. A. Sippel (Frankfurt a/M.).

Im Anschluss an meine Mittheilung über obige Frage in diesem Blatte 1885 No. 44 sehe ich mich veranlasst, folgende weitere Beobachtnng nachfolgen zu lassen.

Frau S. von hier, eine 23jährige, gesunde Ipara, befindet sich in der 33. Schwangerschaftswoche. Das Becken ist ein einfach plattes, rachitisches mit Conj. diag. von 10,2 cm. Kopf-Steißlänge nach Ahlfeld 22,5—23 cm. Der Kopf lässt sich nicht mehr in das kleine Becken hineindrängen (P. Müller). Portio hochstehend, 2 cm lang, fest. Muttermund geschlossen. Kopf in 1. Schädellage hoch oben vorliegend. Es wurde versucht, die indicirte künstliche Frühgeburt wiederum mit heißen Vollbädern einzuleiten.

Am 2. December erhält die Schwangere Vormittags das erste Bad von 33° R., welches ziemlich rasch auf 35° erhöht wurde und 30 Minuten dauerte. Es traten im Bade Wehen auf, indessen schwanden sie bald nachher wieder. Ein gleiches Bad wurde nun noch an 8 auf einander folgenden Tagen gegeben, und zwar die letzten 2 Bäder bei einer Anfangstemperatur von 35° R., mit Steigerung bis 36,5°. Es stellten sich nun in jedem Bade Wehen ein, welche längere oder kürzere Zeit anhielten, aber jedes Mal wieder schwanden. Bis zum 6. Bad nahmen die Wehen an Intensität zu, von da ab jedoch wurde die Wirkung allmählich schwächer und zuletzt = 0. Es wurde nun 2 Tage pausirt, ohne dass während dieser Zeit eine Kontraktionsthätigkeit sich eingestellt hätte. Als nun auch nach einem 10. Bad keine Wehe kam, wurde von weiteren Versuchen abgesehen. Die stattgehabten Kontraktionen hatten bewirkt, dass die Portio jetzt weich, aufgelockert und der Cervikalkanal beinahe für einen Finger durchgängig war.

Es hatten also die heißen Bäder Wehen verursacht, indessen hörten dieselben jedes Mal wieder auf und schließlich blieb die wehenerregende Wirkung derselben ganz aus, weil das Nervensystem gegen die erregenden Einflüsse sich abgestumpft hatte.

Bei einer früher bewerkstelligten künstlichen Frühgeburt wegen Beckenenge hatte ich mich überzeugt, dass ein eingeführtes Bougie jedes Mal kurz nach dem Einschieben Wehen verursachte, dann aber völlig ohne jede Reaktion zu erregen weit hinauf zwischen Uteruswand und Eihäuten liegen blieb. Es schien mir, als ob wohl neben dem mechanischen Reiz namentlich der thermische Reiz des kalt eingelegten Bougie wirksam sei. Ausgehend von dieser Annahme hatte ich mir damals ein Bougie à double courant aus dem gewöhnlichen elastischen Material anfertigen lassen, d. h. ein Bougie mit einer durch seine ganze Länge hindurchgehenden Scheidewand, welche an der Spitze des Bougie eine Öffnung lässt, durch welche die zuführende Röhre mit der abführenden kommunicirt.

Die Dicke des Bougie beträgt 8 mm. Unter Anziehen der Portio mit einer Kugelzange wurde dieses Bougie durch den in Folge der heißen Bäder erweiterten Cervikalkanal mit leichter Mühe hindurchgeschoben und eben so leicht mehrere Zoll hoch zwischen Ei und Uterus in die Höhe geführt. Zunächst blieb das Instrument 12 Stunden lang als einfaches Bougie liegen, ohne Wehen hervorzurufen. Hierauf wurde mittels eines an die zuführende Öffnung aufgesetzten Irrigatorschlauches während einer halben Stunde eiskaltes Wasser durch das Bougie hindurchgelassen. Alsbald traten kräftige, schmerzhafte Kontraktionen auf, deren während der halben Stunde 6 gezählt wurden. Dieselben hielten auch nachher noch an, waren aber bis zum nächsten Morgen (12 Stunden später) geschwunden. Jetzt wurde wieder $^1/_2$ Stunde lang Eiswasser durch das Bougie gelassen. Die Wehen setzten alsbald wieder ein, hielten an und eröffneten den Muttermund bis Mittags 3 Uhr auf die Größe eines Markstückes. Der Kopf wurde fest aufgepresst und stellte sich mit dem günstigsten Durchmesser, dem bitemporalen, auf die Conjugata. Am anderen Morgen $6^1/_2$ Uhr wurde spontan ein lebendes Mädchen von 2570 g und 46,5 cm Körperlänge geboren. Wochenbett normal, obwohl

die Wöchnerin schon am 4. Tage außer Bett ist. (An der rechten Kranznaht befand sich eine starke Druckspur von der Symphyse.)

Nachdem ich in meiner vorigen Mittheilung einen Fall zur Kenntnis gebracht hatte, bei welchem die künstliche Frühgeburt in beabsichtigter Weise durch heiße Vollbäder perfekt wurde, stehe ich nicht an, alsbald den vorliegenden weiteren Fall mitzutheilen, bei welchem die Geburt durch die Bäder **nicht** in Gang kam. Die wehenerregende Wirkung blieb jedoch auch hier nicht aus und es wurde immerhin das erreicht, dass die vorher harte Portio mit geschlossenem Muttermund so weit vorbereitet wurde, dass das dicke Bougie mit Leichtigkeit eingeschoben werden konnte. Des weiteren Versuches scheint mir nach Allem die Sache doch werth zu sein. Ich glaubte bei den so begründeten Klagen über die Unzuverlässigkeit der verschiedenen Methoden auch meine Idee mit dem elastischen Bougie à double courant mittheilen zu sollen. Mir hat es prompte Dienste gethan. Ob es dies immer thun wird, wer kann das bei der individuell überaus großen Verschiedenheit der Irritabilität des Uterus wissen! Jedenfalls möchten mir heiße Bäder oder antiseptisch angewandtes Bougie eine größere Sicherheit gegen Infektionsgefahr bieten, als die neuerdings von Straßburg empfohlene und von Prag in ihrer Wirksamkeit bestätigte Anwendung des konstanten Stromes von Vagina und Bauchdecken aus.

---

## 1) **Bandl.** Die Krankheiten der Tuben, der Ligamente, des Beckenperitoneum und des Beckenbindegewebes, einschließlich der Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Handbuch der Frauenkrankheiten 2. Aufl. II. Bd.)
Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1886.

Das Lob, welches der ersten Auflage der B.'schen Arbeit in diesem Centralblatte (Jahrg. 1880 Nr. 2) gespendet wurde, kann in vollstem Maße auch auf die 2. Auflage übertragen werden. Das Bestreben, die Ergebnisse der neueren Forschung und Erfahrungen mit dem bereits Vorliegenden möglichst zu verschmelzen, hat zu mannigfacher Bereicherung des Werkes beigetragen. An zahlreichen Stellen finden sich neue Zusätze, theilweise auch eine von der früheren verschiedene Darstellung; besonders tritt dies in den Kapiteln über Extra-uterin-Schwangerschaft, über akute und chronische Pelviperitonitis und Parametritis, über Behandlung intraperitonealer und parametritischer Abscesse etc. hervor. Eine ausführliche Besprechung ist mit Rücksicht auf das oben erwähnte, sehr eingehende Referat der 1. Auflage des Buches überflüssig; nur Einiges sei erwähnt.

Bei Hydro- und Pyosalpinx redet Verf. der Salpingotomie das Wort, ohne ihre Gefahren zu verkennen. Bei wenig vorgerückter Tubenschwangerschaft mache man die Laparotomie und behandle den Fruchtsack nach den Regeln der Ovariotomie; die Punktion des Eisackes ist zu widerrathen. Bei vorgerückter Extra-uterin-Schwangerschaft und lebendem Kinde warte man den Eintritt der Wehen nicht ab, weil dieser Gefahren mit sich bringt, sondern schreite, wenn das Ende der Schwangerschaft erreicht scheint, zur Laparotomie. Der Ansicht des Verf., dass bei allen Abdominalschwangerschaften das Ei sich ursprünglich im abdominellen Ende der Tube eingenistet habe, kann Ref. nicht beistimmen.

Bei der Behandlung der Exsudate wird die Massage nur für die

Fälle empfohlen, in denen starre Massen oder bloß Residuen des Processes vorhanden sind. Den Residuen der Entzündung in der Umgebung des Uterus und an seinen Adnexen ist ein besonderer, sehr ausführlicher Abschnitt (Kap. V) gewidmet, und ihr Einfluss auf die Beckenorgane und auf das spätere Befinden der Frauen gewürdigt.

Schließlich sei noch die große Zahl neuer Holzschnitte erwähnt, unter denen die von Heitzmann nach Präparaten des Wiener pathologischen Museums hergestellten Zeichnungen von Tuben-, interstitiellen- und Nebenhornschwangerschaften, so wie die, die anatomischen Verhältnisse und Folgezustände der Entzündungsresiduen darstellenden Illustrationen besonders instruktiv sind.

**Wiener** (Breslau).

---

2) **F. v. Preuschen.** Über Entzündung der Ohrspeicheldrüse nach Ovariotomie. (Aus dem medicin. Verein zu Greifswald.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1885. No. 51.)

Verf. berichtet über einen Fall einer bisher wenig erörterten Komplikation der Ovariotomie, der Entzündung der Ohrspeicheldrüse. Nach einer Ovariotomie, die auch noch anderweitig von Interesse war (zahlreiche Adhäsionen, 3malige Achsendrehung mit beginnender Gangrän des Tumors, Kompression eines Stückes Dünndarm zwischen Tumor und Bauchwand, Gravidität der Frau), zeigte sich am 3. Tage eine rapide zunehmende Anschwellung in der Gegend der rechten Parotis, die auf eine ausgedehnte Spaltung in Narkose wiederum rasch zurückgeht. Der weitere Verlauf ohne Störung. Die Ätiologie dieser Komplikation ist dunkel. Einen ähnlichen Konnex hier zwischen der Erkrankung des Ovariums und der Parotis wie bei Mumps anzunehmen, liegt keine Veranlassung vor. Auch die metastatische Form der Parotitis, die nach Pyämie und anderen schweren Infektionskrankheiten auftritt, ist nach der Krankengeschichte ausgeschlossen. Wahrscheinlicher ist eine Einwanderung der Entzündungserreger von der Mundhöhle aus, zumal nach einwandfreien Thierexperimenten nach Ovariotomie in Folge der Eröffnung der Leibeshöhle und Hervorziehen von Darmschlingen eine mit Schluss der Bauchhöhle aufhörende oder dauernde Verminderung oder Sistirung der Speichelabsonderung anzunehmen ist. Günstig wirkt ferner noch die absolute Ruhe der Mundflüssigkeit in Folge der Nahrungsenthaltung in den ersten Tagen nach der Ovariotomie. Prophylaktisch ist gründlichste Reinigung und Desinfektion der Mundhöhle vor der Operation vorzunehmen. **Weidlich** (Breslau).

---

3) **C. Brittain** (Cochranton). Behandlung des Abortus.

(Med. age 1885. No. 16.)

Bei drohendem Abort empfiehlt B. Bettruhe, kalte Umschläge auf den unteren Theil des Abdomen, kleine Gaben von Tct. crinnamon.

und Tct. cimicifug. racemos. Ist der Abort theilweis erfolgt, so räth er, mit dem Finger einzugehen und alle zurückgebliebenen Reste zu entfernen. Von der hierbei unerlässlichen Antisepsis wird kein Wort gesagt. **Graefe** (Halle a/S.).

---

4) **D. Berry Hart** (Edinburgh). Eine kritische Betrachtung der anatomischen Untersuchungsmethoden, mit besonderer Beziehung zur topographischen Anatomie des weiblichen Beckens.

(Edinb. med. journ. 1885. August.)

Als Methode, welche die meisten Mängel der sonst üblichen vermeiden lasse, wendet Verf. folgende an: Rectum und Blase eines weiblichen Kadavers werden vollkommen entleert; frieren lassen; sagittale und frontale Schnitte mit der Säge; Einbettung, Härtung und schließlich danach sorgfältige Entfernung der die Demonstration der Beckenorgane störenden Theile (Därme).

In einem so gewonnenen Medianschnitt ist der nach links gelagerte, antevertirte Uterus in der Nähe seiner rechten Kante getroffen. Die linke Tube läuft zuerst horizontal, um dann senkrecht zum vertikal gestellten Ovarium aufzusteigen; das rechte nicht sichtbare Ovarium würde schräg gestellt, da ihm der Zug des Uterus nach der anderen Seite hin eine vertikale Stellung nicht erlaubte.

Verf. äußert unter Anderem auch, dass die durch bimanuelle Untersuchung gewonnenen Resultate für die topographische Anatomie des Beckens nicht durchaus beweisend sein könnten, da die Organe schon verschoben seien, ehe sie für das Tastgefühl wahrnehmbar wurden. Entleert müssten Blase und Rectum sein, schon aus Rücksicht auf den praktischen Zweck, da der Arzt bei jeder Manipulation am Becken ebenfalls beide Organe vorher entleere.

**Zeiss** (Erfurt).

---

5) **Biot** (Ex-interne des hopit. de Lyon). Biegsamer Uteruskatheter.

(Lyon méd. 1885. Oktober 11.)

Da die bisher gebräuchlichen Uterinsonden doch gar zu viel Geschick erfordern und doch gar zu grauenhaft gefährliche Instrumente sind, benutzt Verf. neuerdings jene in manchen Gegenden üblichen Fidibus, die, sich nach vorn zuspitzend, aus Papier wurstförmig zusammengedreht sind.

Etwas Borvaseline dient zur Desinfektion und so lassen sie sich leicht in jeden beliebig gekrümmten Uterus einbohren und nehmen, wieder herausgezogen, sogar die Form dieser Krümmung wieder an. Verf. verspricht demnächst eine ausführliche Arbeit über die Krümmung der Uterusachse bei den verschiedenen Erkrankungen.

**Zeiss** (Erfurt).

---

## 6) **Hélot.** Bequeme Methode, Muttermilch zu prüfen.

(Lyon méd. 1885. Oktober 18.)

Aus »le Praticien« wird folgendes bequeme und kurze Verfahren mitgetheilt. Die Tropfenzahl einer gleichen Quantität destillirten Wassers (mit Tropfenzähler zu messen) und guter Muttermilch verhalte sich wie 30:35, resp. bei vorzüglicher Beschaffenheit der Milch, bis 38.

Eine gewöhnliche Pravaz'sche Spritze gebe einen ganz guten, solchen Tropfenzähler ab; Zahl der Wassertropfen, zu der der Milch wie 6 zu 7.

**Zeiss** (Erfurt).

---

## 7) Die Pflege des neugeborenen Kindes.

(Med. age 1885. No. 16.)

Von den Rathschlägen, welche ein ungenannter, alter praktischer Arzt für die erste Pflege des Neugeborenen giebt, ist Folgendes erwähnenswerth: die Nabelschnur soll nicht eher unterbunden werden, als bis die Pulsation in derselben vollständig aufgehört. Ist dies der Fall, so soll die Nabelschnur nach dem Kind zu ausgestrichen werden. Athmet letzteres nicht, so wird empfohlen, sie ununterbunden zu durchschneiden und eine halbe Unze Blut abzulassen. Asphyktische Kinder sollen abwechselnd in heißes (35° R.) und kaltes (17° R.) Wasser getaucht werden. Der Applikation eines in kochend Wasser getauchten und ausgerungenen Tuches auf die Herzgegend wird eine die Herzkontraktionen anregende Wirkung zugesprochen. Als die praktischste Methode künstlicher Respiration bezeichnet Verf. eine von M. Daniel angegebene. Das Kind wird aufrecht hingesetzt, dann in einem Winkel von 40—45° nach vorn gebeugt, darauf wieder aufgerichtet.

**Graefe** (Halle a/S.).

---

## 8) **Walter Whitehead** (Manchester). Santonin in Amenorrhea.

(Lancet 1885. September 5.)

W. sah nach Gebrauch von Santonin unter den üblichen Indikationen bei einer mehrere Monate nicht menstruirt gewesenen Dame die Menses wieder einsetzen. Dasselbe fand er in mehreren späteren Fällen. Eine Genitaluntersuchung war nicht vorgenommen worden. Er empfiehlt das Mittel als prüfenswerth bei Chloro-Anämischen unter gleichzeitiger Behandlung des letzteren Leidens.

**Düvelius** (Berlin).

---

## 9) **B. E. Hadra** (San Antonio). Herabziehen der Gebärmutter als diagnostische und therapeutische Methode.

(Amer. journ. of obstetr. 1885. Oktober. p. 1026.)

H. empfiehlt das Herabziehen der Gebärmutter zur Erleichterung der Diagnose bei den verschiedensten Erkrankungen der weiblichen Geschlechtstheile, besonders bei parametrischen Adhäsionen und In-

filtrationen. Er benutzt zu dem Zwecke die amerikanische Kugelzange, welche er in die Mitte der Portio einsetzt und übt dann einen langsamen und stetigen Zug aus, indem er sich durch die Natur des Falles und das Gefühl der Kranken leiten lässt. Eine Gefahr fürchtet er nicht und hat bis jetzt keine übeln Folgen gesehen, selbstverständlich wendet er das Verfahren nicht bei frischen Entzündungen an, während ihm chronische Entzündungen keine Kontraindikation bilden.

Auch als therapeutisches Mittel will er das Herabziehen des Organes angewandt wissen und zwar hauptsächlich bei Cirkulationsstörungen und nervösen Affektionen. Er hofft auf diese Weise verschiedene Wirkung zu erzielen: auf die Cirkulation des Blutes und der Lymphe einzuwirken; ferner auf die Nervenleitung ähnlich wie bei Nervenstreckung; Verwachsungen und Adhäsionen zu strecken oder selbst zu zerreißen; indirekt auf Eierstöcke, Tuben und selbst die Ureteren. Eine Anzahl Krankengeschichten werden mitgetheilt, welche die Wirksamkeit der Methode beweisen sollen.

**Engelmann** (Kreuznach).

---

## 10) **Kelsey.** Die Grenzen der Kolotomie bei Rectumkrankheiten.

(Amer. journ. of med. sciences 1885. Oktober. p. 348.)

K. wendet sich gegen Bryant's Vorschläge, der Kolotomie bei Obstruktion des Rectums eine größere Ausdehnung zu geben (Centralbl. f. Chir. 1884 p. 690). Vor Allem bekämpft er dessen Anschauung, dass durch seine Erfolge mit der Operation eine Verlängerung des Lebens bei krebsigen Erkrankungen des oberen Theils des Rectums und der Flexura sigmoidea erwiesen würden. Die von K. angeführten Beispiele sind recht instruktiv. Auch bei anderen das Rectum komprimirenden Beckengeschwülsten und bei Narbenstrikturen desselben werden vielfach andere Maßregeln, wenn auch keine Heilung, so doch ein erträgliches Dasein herbeizuführen vermögen; freilich gehört Geduld dazu.

Schließlich stellt K. folgende Indikationen für die Kolotomie auf:

1) wenn bei kongenitaler Missbildung des Rectum und Anus ersteres nicht erreicht werden kann;

2) bei Blasendarmfistel;

3) bei das Rectum verlegenden Tumoren, die nicht operabel sind und bei denen auf andere Weise keine Besserung zu erzielen ist;

4) unter denselben Bedingungen bei Strikturen und Ulcerationen;

5) bei Krebs eben so, doch nur dann, wenn die unmittelbaren Gefahren der Operation nicht den zu erwartenden Gewinn balanciren;

6) bei Volvulus oder Intussusception des Colon oder der Flexura sigmoidea, wo die Reduktion auch durch Laparotomie unmöglich ist.

Die Indikationen ad 4 und 6 dürften jedenfalls in Deutschland noch manchen Widerspruch erfahren. **Lühe** (Demmin).

---

11) **Wm. L. Reid** (Glasgow). Über neuere Methoden der Behandlung des Scheintodes der Neugeborenen mit einer Beschreibung und Abbildung derjenigen von Schultze (Jena).

(Glasgow med. journ. 1885. November.)

Verf., der vor 7 Jahren die Schultze'sche Methode bei Schultze in Jena selbst ausüben sah und kennen lernte, giebt eine anschauliche Beschreibung derselben und empfiehlt dieselbe seinen Kollegen aufs Wärmste. Seines Wissens wurde sie in Schottland bisher wenig oder kaum angewendet.

Die absprechende Beurtheilung desselben von Seiten Barnes und Champney's sind ihm durchaus ungerechtfertigt. Wenn angenommen würde, dass durch heftiges Einströmen der Luft in die Lungen unter Umständen Schaden angerichtet werden könne, so riskire man ganz dasselbe bei den anderen Methoden; falls man durch diese überhaupt Luft mit genügender Kraft in die Lungen einführe.

**Zeiss** (Erfurt).

---

12) **T. Arthur Helme** (Edinburgh). Über die Natur der »Glückshaube« der Neugeborenen und die Art ihres Entstehens.

(Edinb. med. journ. 1885. März.)

Bei allen Fällen von »Glückshaube«, die Verf. untersuchte, konnte er konstatiren, dass dieselbe nicht, wie gewöhnlich angenommen und angethan ist, aus den Eihäuten, sondern nur aus dem Amnion besteht. Letzteres war jedes Mal fast vollständig, oft bis zum Ansatz der Nabelschnur, vom Chorion getrennt, als selbständiger Sack im Sack der beiden anderen Häute.

Bei Bildung der »Glückshaube« kommen mehrere Faktoren in Betracht: 1) entweder lagen Amnion und Chorion schon ursprünglich nicht einander an, oder die Vereinigung geschah unvollständig nach Ausdehnung und Festigkeit; 2) die größere Festigkeit und Elasticität des Amnion gegenüber den beiden anderen Membranen und 3) die jeweiligen Verhältnisse des Kindskopfes zur Wandung des Geburtskanals.

**Zeiss** (Erfurt).

---

## Kasuistik.

13) Berichte der geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 2. Februar 1886.

Vorsitzender: Herr Reusche, Schriftführer: Herr K. Jaffé.

I. Demonstration von Präparaten.

a) Herr Oberg: Präparate eines 4 Monate alten Kindes, das an Tuberkulose verstarb. Das Kind, hereditär belastet, hustete von Geburt an. Anfangs gutes Gedeihen, dann plötzlich Hämoptoe, die sich 5mal wiederholte. Dauer der Krankheit 16 Tage. Die Sektion ergab adhäsive Pleuritis, käsige Lungentuberkulose, Milztuberkel, tuberkulöse Darmgeschwüre und Lymphdrüsentuberkulose.

Herr Fränkel betont die Seltenheit der Hämoptoe bei Tuberkulose im Kindesalter. Er glaubt, die Halsdrüsen seien im vorliegenden Fall primär erkrankt, die Lungen erst sekundär.

b) Herr Fränkel: Sarkom des Ovariums. Stammt von einer 40jährigen Frau mit gleichzeitigem Herzfehler. Ausgangspunkt rechtes Ovarium, von wo es in den Uterus gewuchert war und Metastasen in den Lungen gemacht hatte. Form Spindelzellensarkom. Das Sarkom des Ovarium, von Virchow noch als »selten« bezeichnet, sah F. doch durchschnittlich 2—3mal jährlich bei Sektionen. Zu Adhärenzen mit Nachbarorganen kommt es nicht so häufig, daher die Prognose für die Operation im Ganzen günstig. Im vorliegenden Falle bestanden allerdings stärkere Verwachsungen, als sonst die Regel ist.

II. Herr Staude berichtet über folgende Fälle.

a) Uterusexstirpation wegen totalen Prolapses des Uterus, Rectum, der Vagina und Blase. Länge des Prolapses 11, Umfang 22 cm. Pat. war Vpara und hatte ihr Leiden seit 11 Jahren. Die Operation ging leicht von statten; Peritoneum und Vagina wurden mit versenkten Etagennähten geschlossen. Letztere gingen später wieder aus einander, worauf Heilung per sec. eintrat. 4 Wochen später Kolporraphie, nach 6 Wochen komplete Heilung. Die Indikation der Operation hält S. für derartige Fälle durchaus für begründet, da die Prognose jetzt für ihn eine durchaus günstige sei.

b) Fixirte Retroflexio uteri, die durch Laparotomie, Lösung der Adhärenzen und Fixation der Ligg. lat. a. an die Bauchwand nach vorheriger Exstirpation des Ovariums zur Heilung gelangte. 40jährige Frau mit Dysmenorrhoe und Druckbeschwerden seitens des Rectums und Kreuzbeines. Reposition des Uterus auch in Narkose nicht möglich. Heilung post operationem ohne Zwischenfälle. Jetzt steht der Uterus normal, alle Druckbeschwerden sind geschwunden. Dagegen sind geringe dysmenorrhoische Zustände wieder vorhanden, und zwar abermals links, trotzdem das linke Ovarium exstirpirt ist.

Die erste derartige Operation hat Koeberlé gemacht. S. hält in Fällen, wie dem beschriebenen, die übliche Behandlung durch Dehnung der Adhäsionen oder auch die Adams-Alexander'sche Vorlagerung der Ligg. rotunda nicht für ausreichend.

Herr Fränkel fragt, ob Vortr. nach der Uterusexstirpation die Vaginalwunde wieder drainire?

Herr Staude bejaht dies. Nur das Peritoneum wird, wenn möglich, genäht. In 3 Fällen war dies S. jedoch nicht möglich. 1mal bei einer inkompleten Carcinomexstirpation; 1mal wegen unstillbarer Blutung aus den Ligamenten, 1mal, als das Peritoneum sich stark retrahirt hatte.

Herr Fränkel glaubt, dass im 2. Fall sich Adhäsionen später wieder bilden können, die den Erfolg von Neuem vereiteln würden. Erwähnt als Analogon einen Fall von Inversio completa uteri post partum aus dem Allgemeinen Krankenhause, die durch Laparotomie, Reposition von unten und oben zur Heilung gelangte.

Sitzung vom 16. Februar 1886.

Vorsitzender: Herr Reusche, Schriftführer: Herr K. Jaffé.

I. Demonstrationen.

a) Herr Lomer: Fall von Hemicephalus mit fehlenden Nebennieren. Ähnliches Zusammentreffen sah L. noch in 17 anderen Fällen. Klinisch bemerkbar war eine große Placenta und viel Fruchtwasser. 2mal sah L. bei Hemicephalen Placenta praevia lateralis.

b) Herr Prochownick: Skelett eines Fötus mit Bauchspalte. Hochgradige Verkrümmung der Wirbelsäule. Os sacrum liegt direkt vor den Hüftbeinen. Sternum fehlt. Auffallend stark entwickelte Extremitäten, besonders der Arme.

II) Id. Ein Fall von Dystokie durch einen Sakraltumor der Mutter. 25jährige Ipara, kreißte seit 18 Stunden, ohne dass der Kopf tiefer trat. Vortr. fand bei der Rectaluntersuchung eine hinter Rectum und Kreuzbein gelegene, kleinkindskopfgroße, fluktuirende Geschwulst. Incision mittels Schere, worauf stinkender Eiter, Cholestearin, Haarbüschel und Knochenfragmente entleert wurden. Zangengeburt eines todten Kindes. Damm bis 1 cm vor dem Sphincter eingerissen. Dammnaht, Drainage der Cyste. Pat. ging später in andere Hände über.

Von Löhlein stammt ein Fall, wo ein ähnlicher Tumor zum Geburtshindernis wurde. Bei der 3. Geburt dieser Frau hatte das Kind ein Cystosarkom der Steißdrüse, dessen Sitz dem des mütterlichen Tumors ganz entsprach. In P.'s Fall konnte am Kinde nichts Sicht- und Fühlbares entdeckt werden; Sektion war nicht ausführbar. P. glaubt, dass es sich bei der Mutter um ein Dermoid der Steißdrüse gehandelt hat.

Herr Strack glaubt, der Tumor müsse vor, nicht hinter dem Kreuzbein gesessen haben.

Herr Schütz demonstrirt den von Dr. C. Lauenstein exstirpirten Tumor. Derselbe saß hinter dem Rectum und vor dem Kreuzbein und war langgestielt. Exstirpation mittels Medianschnitt durchs Rectum. Vielleicht war es ein stark dislocirtes Ovarialdermoid.

Herr Fränkel bestreitet letztere Annahme. Vielleicht war es kein einfaches Dermoid, sondern eine Mischform, Teratom oder dgl. Der Stiel kann hinter dem Kreuzbein, der Tumor selbst vor demselben gelegen haben.

Herr Lomer hat in den von ihm beschriebenen Fällen von Geburtshindernissen durch Tumoren keinen hinter dem Rectum gesehen. Die Möglichkeit eines stark dislocirten Ovarialtumors sei doch nicht ohne Weiteres abzuweisen.

Herr Prochownik sah 4 Ovarialtumoren als Geburtshindernisse, die aber stets vor dem Rectum gelegen waren.

---

## 14) **Holst und Tiling** (St. Petersburg). Ein Fall von Hernia ovarialis irreponibilis inflammata.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1885. No. 36. [Deutsch.])

Die 38jährige kräftige Kranke, Arbeiterin, giebt an, schon vor 5 Jahren nach der Geburt eines Kindes eine Geschwulst in der rechten Inguinalgegend bemerkt zu haben, die sie aber stets selbst habe zurückbringen können. Seit der letzten Geburt aber vor 8 Tagen sei die Geschwulst wieder aufgetreten, sei nicht mehr zurückzubringen und verursache heftige Schmerzen. In der rechten Ileo-Inguinalgegend findet man eine kindskopfgroße, harte, sehr schmerzhafte Geschwulst bis in die Schamlippen hinabsteigend, mit leerem Perkussionsschall. Trotzdem die Kranke Stuhlgang hat, wird die Diagnose auf Hernia incarcerata gestellt, und da die Taxis auch unter Chloroform nicht gelang, nach 3 Tagen die Operation gemacht. Die Dicke des Bruchsackes betrug 1 cm, in der Höhle eitrige Flüssigkeit und mit dem Bruchsack verwachsen das entartete Ovarium, von dem aus die Tube bis zum Uterus verfolgt werden konnte. Ovarium und Ende der Tube wurden nach Unterbindung abgeschnitten, der Bruchsack exstirpirt, die Wunde vernäht und mit Kollodium bedeckt. Heilung der Wunde unter Eiterung, doch schloss sich die Wunde erst, als die Ligatur nach mehr als 2 Monaten entfernt werden konnte.

Im Laufe des folgenden Jahres und in Folge der schweren Arbeit entwickelte sich indess an dieser Stelle ein faustgroßer Bruch, welcher durch die Radikaloperation geheilt wurde. **Reimann** (Kiew).

## 15) **Marduel** (Lyon). Über Ovariotomie.

(Lyon méd. 1885. Juli 26.)

M. hat 6 Ovariotomien gemacht und glaubt daher, über die intraperitoneale Stielbehandlung den Stab brechen zu dürfen. Von den 2 Operirten, bei welchen er diese Methode versuchte, bekam nämlich die eine chronische Eiterungen mit Ausstoßung der Ligaturfäden durch die Fisteln, die andere starb 3 Stunden post operationem an Verblutung aus dem Stiele (das hat mit ihren Gefahren allein die Methode gethan! Ref.). Eine weitere starb einige Monate später an Recidiv in der Narbe. Einmal hatte er, wegen großer Schwäche der Pat., zuvor punktiren müssen.

Es konnte nicht fehlen, dass ihm in der Société de méd. de Lyon, wo er diese seine Ansicht und das beweisende Material darlegte, entschieden begegnet wurde. Es wurde dann noch die Frage der Recidive erörtert, die viel häufiger seien, als

gemeinhin angenommen werde. Man übersehe oft auch bei der Operation noch den malignen Charakter der Geschwulst; andererseits gingen die »Recidive« zuweilen von vorher nicht bemerkten Erkrankungen anderer Unterleibsorgane aus.

Die Punktion ferner werde zu streng verurtheilt; sie bringe doch nicht zu unterschätzende Erleichterung für eine eingehende Untersuchung der nachbarlichen Verbindung der großen Geschwülste; auch könne man bei ihr recht gut »die Widerstandsfähigkeit der Kranken gegen den Shock bemessen«. An üblen Zufällen bei der Punktion selbst (Velpeau verlor 3—4 Kranke dabei) und wohl auch an üblen Folgen, die nach derselben eintreten (Peritonitiden und Bildung von Adhäsionen) sei oft mangelhafte Vorsicht Schuld. Zur Vermeidung von Austritt von Cystenflüssigkeit in die Bauchhöhle, müsse man die Operation im Bett machen, die Kranke dann dort belassen, vorher eine Bandage um den Leib legen, keinen brüsken Druck auf den Unterleib ausüben und den Trokar vorsichtig entfernen.

Bei alledem aber müsse das Streben dahin gehen, möglichst ohne vorhergehende Punktion, die Geschwulst zu entfernen. **Zeiss** (Erfurt).

## 16) **John B. Backhous** (Melbourne). Kurze Mittheilungen über drei Fälle von Abdominalhydatidencysten.

(Austral. med. journ. 1885. September 15.)

1) Große Hydatidencyste des Netzes, Operation, Heilung. Männlicher Pat. von 39 Jahren; Tumor in der rechten Reg. hypochond. besteht seit 19 Jahren, reicht nach unten bis zur Verbindungslinie von Nabel und Spin. ant. sup. oss. il., ist rund und beweglich; jedoch scheint er mit Leber und rechter Niere in Verbindung zu stehen. Probepunktion: colloide Zellen und Haken. Operation; Cyste an Bauchwand genäht. Heilung.

2) Milzechinococcus. Operation. Tod. Die Cyste nahm den unteren Theil des linken Thorax ein, und täuschte Sitz in der Lunge vor. Pat. starb am 16. Tage an Perforation des Sackes in das Abdomen.

3) Vereiternder Echinococcus des Netzes, Operation. Heilung. Trokarkanüle liegen lassen, am 3. Tage Drainage. Sekundärer Abscess in den Bauchdecken. Heilung. **Zeiss** (Erfurt).

## 17) **J. Halliday Croom** (Edinburgh). Fall von Dekapitation.

(Edinb. med. journ. 1885. März.)

Die vier vorhergegangenen Geburten der Pat. waren mit der Zange beendet worden. Conjugata $3^1/_2$ Zoll. Jetzt nach mehrtägigem Kreißen 1. Querlage, Rücken vorn, Schulter tief im Becken, Hand in Vulva; Uterus so fest um das Kind kontrahirt, dass trotz Morphium und tiefster Narkose kein Nachlass der Kontraktion eintritt und Wendung nicht gelingt.

Zustand der Mutter gefahrdrohend; da Hals erreichbar, Dekapitation; Extraktion des nachfolgenden Kopfes mit dem Kephalotrib. Normales Wochenbett. **Zeiss** (Erfurt).

## 18) Peri-uterine Phlegmone.

(Gaz. des hôp. 1885. No. 59. — Rev. clin. hebdom.)

Pat., 28 Jahre alt, regelmäßig menstruirt, hat mit 22 Jahren einmal geboren, darauf geringe Leukorrhoe. Einige Tage vor der Aufnahme in die Anstalt (Hôtel-Dieu) trat Fieber ein unter gastrischen Störungen; Nausea ohne Erbrechen, Schmerzen im Leibe. Abdomen aufgetrieben, druckempfindlich, namentlich links; leichte Anteversio uteri, dickes Collum mit Erosion. Hinter dem Cervix fühlt man eine glatte, wulstige Intumescenz, die sich wenig nach rechts, sehr stark nach links hin verlängert. Konsistenz die einer akuten Phlegmone. Die Scheidenmucosa ist gegen den Tumor nicht verschieblich, scheint also mit demselben verwachsen. Endlich sind in der Geschwulst Pulsationen zu konstatiren. Die rectovaginale Untersuchung gestattet das vollkommene Umtasten des Tumors, welcher nur dem unteren Uterinsegment entspricht.

Über die Natur des Tumors bringt der Aufsatz folgende Erörterungen: Die Geschwulst bietet die Erscheinungen einer akuten Entzündung; ihr Sitz ist die

hintere Uteruswand. Sitz, Konsistenz und Fixirung schließen Oophoritis und Phlegmone des Lig. lat. oder der Tube aus. Somit ist der Tumor als eine Phlegmone des peri-uterinen Zellgewebes aufzufassen, denn ein solches Zellgewebe existirt zwischen dem Peritoneum einerseits und zwischen Collum uteri und Hinterfläche der Scheidenwand andererseits. Sicher genügt die dünne Lage dieses Zellgewebes, um bei der Entzündung einen Tumor von obiger Größe entstehen zu lassen.

**Toporski** (Posen).

## 19) Über Vaginalcysten.

(Gaz. des hôp. 1885. No. 64. — Hôtel-Dieu.)

Pat., 42 Jahre alt, hat 8mal geboren und 2mal abortirt. Unmittelbar nach der ersten Geburt bemerkte Pat. in Vagina und Vulva einen voluminösen Tumor, der seitdem stationär blieb und welcher am Ende des letzten Jahres schmerzhaft wurde: die Schmerzen strahlen nach dem Gesäß und dem Leibe aus. Vor 4 Wochen spontane Perforation und Entleerung von Flüssigkeit, die noch fortbesteht. Der Befund ergiebt außerhalb der Vulva eine hühnereigroße Geschwulst, welche, von Vaginalschleimhaut bedeckt, der rechten Scheidenwand entlang, sich bis ins vordere Gewölbe erstreckt. Konsistenz teigig, Wände dick, schwappendes Geräusch bei Bewegung, wodurch fötide, purulente Flüssigkeit aus einer kleinen Öffnung, an dem aus den Genitalien herausragenden Segment hervorquillt. Die Diagnose wird per exclusionem auf Vaginalcyste, welche sich entzündete, vereiterte und perforirte, gestellt. Die Operation bestand in Kreuzschnitt mit Incision der Lappen, so dass ein großes Loch entstand. Auswaschung mit 4%iger Chlorzinklösung. Der Ursprung des Tumors ist wahrscheinlich auf einen Thrombus vaginae, der sich durch das Geburtstrauma bei der ersten Geburt entwickelte, zurückzuführen.

**Toporski** (Posen).

## 20) »Tumeurs fluxionnaires«, der Uterusmyofibrome vortäuschte.

(Gaz. des hôp. 1885. No. 65. — Rev. clin. hebdom.)

Der Artikel berichtet über eine interessante Art von Tumoren an der Hand eines Falles, welcher in Paris von Siredey beobachtet und operirt wurde.

Pat., eine anämische, nervöse Person, leidet an lange anhaltenden, sehr heftigen Metrorrhagien. An der einen Seite des Uterus fand man einen walnussgroßen Tumor von Myomkonsistenz, welcher sich noch weiter vergrößerte. Nach der Kastration verschwand der Tumor vollkommen; die Periode trat zwar noch mehrere Monate nach der Operation ein, dann aber wurde die Blutung durch einen sehr reichlichen Fluor ersetzt. Dabei bestand fortwährende geschlechtliche Erregung, die vorher nicht vorhanden war.

Schon in einer Abhandlung vom 17. Juli 1869 wird in der Gaz. des hôp. dasselbe Krankheitsbild beschrieben: »bei nervösen und anämischen Frauen, die an häufigen Metrorrhagien leiden, beobachtet man oberhalb der Insertionsstelle der Vagina an der Grenze zwischen Collum und Corpus oft eine kleine, halbkuglige, druckempfindliche Geschwulst von Nussgröße, die sich gleichzeitig mit der Volumenszunahme des Uterus vergrößert. Die Blutung verringert sich dann allmählich und macht einem übelriechenden, den Lochien ähnelnden Ausfluss Platz«. Diese fluxionären Tumoren des Uterus, welche leicht interstitielle Myome vortäuschen, hat man als eine Art partieller Metritis oder als partielle Fluxion anzusehen. Sie beginnen sich immer an einer Uteruskante zu entwickeln, im Niveau des inneren Muttermundes, erreichen Hühnereigröße und verschwinden spontan nach Stillstand der Blutung ganz spurlos. Die Blutung ist durch den Gebrauch von Chinin. sulf. zu bekämpfen.

**Toporski** (Posen).

## 21) **Slawiansky** (St. Petersburg). Eine Porro'sche Operation bei Riss der schwangeren Gebärmutter.

(Wratsch 1885. No. 49. [Russisch.])

Nachdem der Verf. darauf hingewiesen, dass im Ganzen bis jetzt ungefähr 175 Fälle von Porro'scher Operation bekannt sind, scheidet er als eine besondere Gruppe die Fälle aus, wo die Operation bei Ruptura uteri gravidi und Austritt

des Kindes in die Bauchhöhle gemacht wurde. Solcher Fälle sind nach Godson[1] bis jetzt sieben bekannt, alle mit tödlichem Ausgange. Den Fall von Halbertsma[2] zählt der Verf. nicht hierher. Somit ist der vorliegende Fall der erste mit günstigem Ausgange.

Die 37jährige, zum 9. Mal schwangere Kranke wurde eine Woche vor der erwarteten Geburt auf der Straße von einem Pferde der Pferdeeisenbahn umgeworfen, fiel mit der linken Seite des Leibes auf das Geleise und wurde noch von dem vorderen Ende des Wagens getroffen. Unmittelbar darauf folgte heftige Blutung. Erst 24 Stunden später wurde sie in die Klinik gebracht.

Bei der Untersuchung (unter Chloroform) fanden sich außer unbedeutenden Verletzungen des Gesichts bedeutende Blutunterlaufungen auf der ganzen linken unteren Hälfte des Körpers, auf Bauch und rechtem Schenkel. In dem sehr erschlafften Bauche fühlt man links unten deutlich den Kopf des Kindes mit seinen Nähten, scheinbar dicht unter der Haut, oben rechts fühlt man den Steiß des Kindes und kann sogar die Rippen durch die Haut durchfühlen. Herzschlag des Kindes nicht zu hören. Bei der inneren Untersuchung zeigt sich die Portio vaginalis nicht verstrichen, der Muttermund für 2 Finger durchgängig. Rechts fühlt man über der Portio vaginalis die rechte Gebärmutterwand mit an ihr sitzender Placenta und durch die Eihäute einen Fuß; links ist die Wand der Gebärmutter nicht zu fühlen, eben so wenig sind die Ränder eines Risses zu entdecken.

Die Diagnose wurde auf wahrscheinliche Ruptura uteri gestellt; ob das Kind ausgetreten sei in die Bauchhöhle oder nicht, blieb unentschieden, da, obgleich die leichte Fühlbarkeit des Kindeskörpers dies nahe legte, die gewöhnlich leicht fühlbare kontrahirte Gebärmutter nicht gefühlt wurde. Man entschloss sich zu einer explorativen Eröffnung der Bauchwand, um je nach dem Ergebnis die Laparotomie zu vollenden oder das Kind am Fuße durch die natürlichen Wege auszuziehen.

5 Stunden später wurde die Operation gemacht. Der 1 cm lange Einschnitt der Bauchwand ließ den Kopf des Kindes sehen; aus der Bauchhöhle ergoss sich in großer Menge blutige Flüssigkeit mit Vernix caseosa und Meconium vermischt. Der Einschnitt wurde erweitert, das Kind ausgezogen, die Nabelschnur durchschnitten. Dann wurde der Uterus aus der Bauchhöhle herausgewälzt, wobei sich zeigte, dass der Riss sich auf der vorderen Seite von rechts oben schräg nach links unten erstreckte, dass der Uterus durch den Riss vollkommen umgestülpt war und somit die Placenta jetzt auf der äußeren Seite des Uterus fest ansaß; eben so saßen die Eihäute fest am Uterus und bedeckten den inneren Muttermund. Die Gebärmutter hatte somit die Gestalt eines Pilzes angenommen, unter dessen Hut die Tuben einmündeten. Nachdem um den Uterus ein elastischer Schlauch gelegt war, wurden Placenta und Eihäute entfernt; dann ein zweiter Schlauch über den ersten gelegt, außerdem durch 2 Ligaturen der Uterus in zwei Hälften unterbunden und mit den Eierstöcken entfernt. Dann wurde die Bauchhöhle, in der schon eine beginnende Peritonitis zu bemerken war, gereinigt, der Stumpf in die Bauchwunde eingenäht und die Bauchwunde geschlossen. Jodoformverband. Die entfernten Theile (Uterus und Eierstöcke) waren normal.

Der Verlauf war, trotz der Komplikation mit Wundfieber, Durchfall und Decubitus, günstig. Die Nähte wurden am 14. Tage entfernt, der Stumpf fiel am 23. Tage ab, die Wunde verheilte. Bei der inneren Untersuchung fühlte man den kleinen Rest des Uterus nach oben gezogen und an der Bauchwand befestigt.

Der Verf. spricht sich im Gegensatz zu Schröder in ähnlichen Fällen gegen Wendung und für Laparotomie aus, und erwähnt, dass, wie die erste Operation nach Porro bei Riss der Gebärmutter in Russland gemacht wurde (Prewo, Moskau 1878), so auch der erste glückliche Ausgang nach einer solchen Operation auf russischem Boden erreicht wurde. **Reimann** (Kiew).

---

[1] Brit. med. journ. 1884.

[2] Centralblatt für Gynäkologie 1881.

## 22) **Boldt.** Cystitis suppurativa exfoliata puerperalis.

(Med. record 1885. Oktober 31. p. 497 u. November 14. p. 551.)

Am 3. Tage nach der Entbindung begannen Blasenbeschwerden, welche die Anwendung des Katheters erheischten und die Ausspülung der Blase mit Karbollösung veranlassten. Der Urin enthielt Eiter, Blut und Albumen, Fetzen von Bindegewebe, so wie Nieren- und Blasenepithelien aller Strata. Aus der vorderen Scheidenwand wurde einige Tage später eine ödematöse Schwellung aufgefunden, so wie eine aus der Urethra hervorragende Masse von Bohnengröße. Diese konnte reponirt und die Blasenausspülung vorgenommen werden, allein immer fand sich wieder diese Ausstülpung vor, welche als vorgefallene Blasenwand aufgefasst wurde. Eine Punktion der Schwellung in der Scheidenwand, welche in der Meinung vorgenommen wurde, dass vielleicht ein Abscess zwischen den Schichten der Blasenwandung vorläge, ergab ein negatives Resultat. Endlich wurde nach einer neuen Blasenausspülung ein Abguss der Blase ausgestoßen, und hiernach trat zwar Erleichterung ein, allein die abnormen Bestandtheile des Urins bestanden fort, auch enthielt er muskuläre Elemente. Als sich einige Tage darauf ein erheblicher Widerstand gegen die Einführung des Katheters fand, wurde die Blase mit dem Finger abgetastet und hierbei die Blasenwände stark verdickt und ödematös, ihre Höhlung so verkleinert gefunden, so dass sie nur ca. 20 g enthalten konnte, die Mucosa schien überall zu fehlen, außer um das Orific. int. Es stellten sich dann Hirnsymptome und schließlich unter voller Entwicklung der Septikämie der Tod ein, ohne dass eine Obduktion zu erreichen gewesen wäre.

Die von Waldstein vorgenommene mikroskopische Untersuchung der ausgestoßenen Aftermembran ergab, dass ihre Hauptmasse aus Bindegewebe im Zustand der Granualaratrophie bestand, dessen Maschen von Fibrin ausgefüllt waren. Der fast völlige Mangel an Muskelbündeln zeigt, dass es sich um ein oberflächliches Stratum der Blasenwand gehandelt hat. Die Blutgefäße sind theils dicht mit Blutkörperchen vollgestopft, theils leer, die Kerne ihrer Wandungen sind verschwunden. Epithelialüberzug oder Drüsengewebe wurde gänzlich vermisst.

**Lühe** (Demmin).

## 23) **J. Dauby** (Titigny). Ein seltener Fall von Dystokie.

(Journ. d'accouch. 1885. No. 16.)

Eine Vpara hatte den ersten Zwilling in Schädellage leicht geboren. Der zweite folgte trotz sehr starker Wehen nicht. D. konstatirte Schräglage. Bei genauer Untersuchung fand er, dass an beiden Beinen Unterschenkel und Füße fehlten. Sie endeten in einen rundlichen Fortsatz. Das Geburtshindernis schien der Kopf abzugeben, welcher über der Symphyse als ein großer Tumor palpirt werden konnte. Schon die Entwicklung des Steißes und Rumpfes machte viele Schwierigkeiten. Die des Kopfes gelang nach leichter Lösung der gleichfalls rudimentären Arme längere Zeit nicht, bis er plötzlich unter gleichzeitigem Abgang großer Flüssigkeitsmengen folgte. Es fanden sich an ihm harte, resistente Stellen, dann wieder andere von fast gelatinöser Beschaffenheit. An Stelle des Gesichtes fanden sich nur grobe Anlagen von Mund und Nase; die Augen fehlten; die Ohrmuscheln waren nur angedeutet. In der Regio temporo-parietalis war beiderseits eine glatte, durchscheinende, fluktuirende Stelle. An der linken zeigte sich ein unregelmäßiger Riss, aus welchem gelbliche Flüssigkeit abfloss. An der Insertion der Nabelschnur war durch eine anormale Öffnung eine Darmschlinge ausgetreten.

**Graefe** (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

**Zehnter Jahrgang.**

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**№ 15. Sonnabend, den 10. April. 1886.**



## I. Zur Technik intra-uteriner Ausspülungen in der Behandlung von Uteruskatarrhen.

Von
**Dr. W. Bylicki** (Lemberg).

Die sehr ermuthigenden und aneifernden Resultate, welche durch Ausspülungen in der Behandlung der Uteruskatarrhe erzielt werden, rechtfertigen den Wunsch, dieselben in möglichst vielen dazu geeigneten Fällen in Anwendung zu bringen, und viele von den früher in Gebrauch stehenden Mitteln entbehren zu können, wenn intrauterine Ausspülungen, ambulatorisch ohne jedwede Assistenz, mittels des bis nun verwendeten Katheters (Bozeman-Fritsch-Olshausen) an jeder Kranken ausführbar wären.

Dies ist aber nicht der Fall, und es ist mir schon oft vorgekommen, dass gerade in Fällen eitriger Endometritiden, mit Stagnation der Sekrete, die Behandlung an der Unmöglichkeit des Einbringens der Katheter in den Uterus zu meinem großen Bedauern scheitern musste.

Handelt es sich um eine Kranke, die schon geboren hat, mit weiter, schlaffer Scheide, normal beweglicher und flexibler oder retro-

vertirter oder retroflektirter Gebärmutter, so gelingt das Einführen obenerwähnter Katheter — ausgenommen manchmal einige leicht zu behebende Hindernisse — meist ohne Schwierigkeit. Ich bediene mich hierzu am liebsten des zweilöffeligen Speculums von Neugebauer oder des kurzen von Bandl, und wenn es im Speculum nicht geht, dann des Fingers nur, wonach ich nachträglich erst den hinteren Löffel des Speculums einführe, um das Ausfließen des Spülwassers (2%iges Karbolwasser, 15%ige Natrum bicarb.-Lösung oder 10%ige Kochsalzlösung) aus der Scheide auf eine untergestellte Schale zu ermöglichen.

I. Ia. II. III.

I. Deckendes Rohr. Ia. Einflussrohr. II. u. III. Verschiedene Krümmungen.

Weit schwieriger oder unmöglich wird das Einführen des Katheters bei Anteversion, so wie auch bei bedeutender physiologischer, geschweige denn pathologischer Anteflexion von Nulliparen mit hoch hinaufgezogenem Cervix, also gerade in Fällen von Endometritiden, deren Hartnäckigkeit auf Exkretionshindernissen beruht, wo also Ausspülungen das Ersprießlichste leisten könnten.

Selbstverständlich können wir auch in schwierigen Fällen die Behandlung mit Anwendung des Sims'schen Löffels, einer Kugelzange, und einer guten Assistenz möglich machen, was aber Alles den Fehler des Umständlichwerdens, also die Ausübung Hindernden an sich trägt.

Um nun eine größere Anzahl dazu geeigneter Fälle der ambulatorischen Behandlung möglich zu machen, müssen wir mehrere Katheter von verschiedenen Krümmungen besitzen, da aus demselben Grunde, aus welchem unbiegsame Sonden nur für eine sehr beschränkte Anzahl Fälle passen, ohne die Gebärmutter einer forcirten, also gefährlichen Streckung auszusetzen, wir auch die bis nun in Verwendung stehenden Katheter in vielen Fällen für untauglich, ja sogar für schädlich erachten müssen. Es lässt sich nämlich sehr leicht und fast täglich die Erfahrung machen, dass nachträgliche Gebärmutterkoliken in desto stärkerem Grade auftreten und desto länger dauern, mit je größeren Schwierigkeiten das Einführen des Katheters verbunden war.

Ich ließ mir desswegen Katheter mit verschiedenen Krümmungen anfertigen (Baumgartel in Halle) und musste demgemäß den Mechanismus derselben derart modificiren, dass das innere Rohr nicht wie bisher durch die hintere' Öffnung des äußeren eingebracht wird, da dies für die vorwiegend das Ende der inneren Kanüle betreffenden Krümmungen unmöglich wäre, sondern parallel durch einen Seitenschlitz des äußeren Rohres, welcher durch die ganze Länge desselben geht und auch die Schraubenwindung schneidet. Die S-förmige Krümmung des Katheters ließ ich wegfallen, da ich Manipulationen mit geraden Instrumenten beqemer finde. Je mehr Katheter mit verschiedenen Krümmungsnüancen man besitzt, desto leichter findet man gegebenen Falls den passendsten und trotzdem ich deren nur 3 besitze, bin ich schon jetzt in der Lage, mich besserer Resultate zu freuen.

---

## II. Beitrag zur Frage der Verwendung des Sublimat bei Laparotomien.

Von

Dr. **Otto Schmidt** (Köln).

Trotz der ausgezeichneten Resultate, welche einzelne Operateure — Hegar, Küster, Schede u. A. — bei Laparotomien von der Anwendung des Sublimat sahen, halten doch die Meisten an der Karbolsäure fest, theils weil sie Intoxikationen befürchten, theils weil sie die Karbolsäure in den üblichen Koncentrationen für ein dem Sublimat gleichzustellendes Desinfektionsmittel erachten und nicht ohne triftigen Grund ein oft erprobtes Mittel verlassen wollen.

Gegen den einen Einwand, der durch den Bericht von Krukenberg und Ribbert[1] eine Stütze zu erhalten schien, ist Scriba[2] durch Veröffentlichung der Resultate Kaltenbach's überzeugend aufgetreten; die 24 veröffentlichten Peritonealoperationen beweisen meiner Ansicht nach hinreichend die Gefahrlosigkeit des Sublimat bei vorsichtiger Verwendung. Für seine unübertreffliche antiseptische Wirkung mag nachstehender Fall sprechen:

Frl. M. leidet seit etwa 10 Jahren an recidivirender Perimetritis; seit sie sich in meiner Behandlung befindet, seit etwa 3 Jahren, konnte ich selbst 5mal ein im Anschluss an die Menstruation auftretendes Exsudat konstatiren, dessen Resorption jedes Mal 2—3 Monate in Anspruch nahm. Die Untersuchung ergab einen hühnereigroßen, harten, fast unbeweglichen Tumor des linken Ovarium, der als Ausgangspunkt des perimetritischen Processes betrachtet werden musste. Das rechte Ovarium war von normaler Größe und Beweglichkeit an der Articulatio sacroiliaca fühlbar.

Die Resultatlosigkeit der seitherigen Therapie bestimmte mich zur Entfernung des Tumors; zur Kastration, d. h. zur Herausnahme auch des gesunden Ovarium konnte ich mich nicht entschließen, weil Pat. in Kurzem in den Stand der Ehe einzutreten gedenkt.

Bei der Operation, den 3. November 1885 — die Antisepsis bei den Laparotomien wird in meiner Privatklinik seit der oben citirten Veröffentlichung Kaltenbach's genau nach den dort gegebenen Vorschriften gehandhabt — mussten zur Freilegung des Tumors die Gedärme vollständig aus der Bauchhöhle heraus-

---

[1] Centralblatt für Gynäkologie 1885. No. 21.

[2] Ibid. No. 34.

genommen werden und lagen hier über eine Stunde in Kompressen, welche in Sublimatlösung 1 : 5000 getaucht waren.

Mit vieler Mühe gelang es, das um das Dreifache vergrößerte, derbe Ovarium aus peritonitischen Schwarten, die zahlreiche Ligaturen und Umstechungen benöthigten, herauszuschälen. Als nach beendigter Peritonealtoilette und Reposition der Därme vor Schluss der Bauchwunde die Schwämme gezählt wurden, fehlte einer; doch konnte die sofort wieder in die Bauchhöhle eingeführte Hand, trotz genauester Austastung aller Buchten, denselben nirgends entdecken. Da eine der Wärterinnen während der Operation das Abwasser fortgegossen hatte, musste man annehmen, dass der fehlende Schwamm auf diese Weise aus dem Operationssaale entfernt worden. Schluss der Bauchhöhle.

Alle Nachforschungen nach dem fehlenden Schwamme blieben resultatlos, und es stand nach einigen Stunden bei mir fest, dass der Schwamm dennoch in der Bauchhöhle, wahrscheinlich zwischen Darmschlingen versteckt, zurückgeblieben sei. Eine Wiedereröffnung derselben war bei dem elenden Zustande der Pat. äußerst bedenklich und verhieß nicht einmal Erfolg; war doch die Bauchhöhle vor Schluss genau nach dem fehlenden Schwamme ausgetastet worden.

Ich entschloss mich desshalb abzuwarten, von der Erwägung ausgehend, dass ein vollständig aseptischer Schwamm gerade so gut in der Bauchhöhle eingekapselt werden könne, als z. B. ein Gummischlauch.

Der Verlauf war folgender:

Am 3. Nov. Abends Puls 80, Temp. 37,3; heftige Schmerzen im Leib, Erbrechen.

Am 4. Nov. Morgens Puls 92, Temp. 37,4; Abends Puls 100, Temp. 37,5. Das Erbrechen hat aufgehört, doch klagt Pat. noch immer über starke Schmerzen. Unterbauchgegend auf Druck empfindlich, doch weich.

Am 5. Nov. Morgens Puls 112, Temp. 37,2. Zunge feucht. kein Meteorismus, kein Erbrechen; Abends Puls 116, Temp. 37,8.

Am 6. Nov. Morgens Puls 110, Temp. 37,0; Abends Puls 112, Temp. 37,3. Starke Schmerzen spontan und auf Druck, Leib weich. Nach Kalomel und Einlauf reichliche Stuhlentleerung.

Am 7. Nov. Morgens Puls 92, Temp. 36,8; Abends Puls 90, Temp. 37,1. Nachlass der Schmerzen.

Am 8. Nov. Morgens Puls 86, Temp. 36,9; Abends Puls 88, Temp. 37,0. Wohlbefinden.

Von jetzt an, bis zum Tage der Entlassung, den ich, um die Kranke möglichst lange zu beobachten, bis in die 5. Woche hinausschob, erreichte die Temperatur nie mehr 37,5; eine eingehende Untersuchung wurde vor dem Abgange nicht vorgenommen, weil ich befürchtete, die dünnen abkapselnden Membranen möglicherweise zu sprengen.

Mitte Januar, also $2^1/_2$ Monate nach der Operation stellte Pat. sich wieder vor mit der Angabe, dass vor etwa 8 Tagen Schmerzen in der Unterbauchgegend aufgetreten und mehrere Tage später viel Eiter aus der Narbe abgegangen sei. Fistel im letzten Stichkanal der linken Seite, in welche die Sonde etwa 10 cm senkrecht eindringt; Infiltration der Bauchdecken in Handtellergröße um die Fistel. Die innere Untersuchung ergiebt einen auf der Vorderfläche des Uterus aufsitzenden und mit den Bauchdecken fest zusammenhängenden Tumor; Druck auf denselben lässt viel Eiter aus der Fistel austreten.

Zuerst Erweiterung der Fistel mit Tupelostift und nachfolgende Drainage; nach 8 Tagen, als keine Verminderung der Sekretion zu konstatiren, in Narkose Erweiterung mit dem Messer. Der Finger dringt in eine große, glatte Höhle ein, in welcher der völlig geruchlose, mit Eiter vollgesogene Schwamm liegt. Nach Entfernung desselben und Drainage glatte und rasche Rekonvalescenz.

Der Fall beweist erstens die Vortrefflichkeit des Sublimat als Antisepticum im Allgemeinen und die Vortrefflichkeit der von Kaltenbach angegebenen antiseptischen Vorbereitungen zur Laparotomie im Besonderen; er ist ferner aber auch ein schlagender Beweis für die Anschauung, dass kleinere Quantitäten blutigen

Sekretes ohne Schaden in der Bauchhöhle zurückbleiben können, wenn es nur während der Operation gelungen ist, die Infektion von außen fernzuhalten; denn der Schwamm, der auf eine getrennte Flächenadhäsion zur Stillung der Blutung aufgedrückt worden war, war ohne Zweifel von blutigem Sekret vollgesogen.

---

**1) Lawrentjeff.** Zur Frage von der Kraft und Wirkung der die Bauchpresse bildenden Muskeln.

(Virchow's Archiv Bd. C. Hft. 3.)

L. nennt die Bauchpresse einen Zusammenziehungsapparat, der um eine abgeschlossene Höhle gelegen, deren Wände aus Muskeln bestehen, 16 an der Zahl. Die Seitenwände bilden: Mm. obliqu. abdom. ext., int. und Mm. transv. abdom.; die vordere Wand: Mm. rect. abdom. und Mm. pyramid.; die obere Wand: das kuppelförmige Diaphragma; die hintere Wand: Mm. quadrat. lumb., unterstützt von den Mm. erector. trunci commun.; die untere Wand: M. levator ani. Alle diese Muskeln verkleinern mit gleichzeitiger Fixation des Beckens und des Brustkorbes bei ihrer Kontraktion die Bauchhöhle. Es fragt sich nun, mit welcher Kraft?

Die Kraft eines Muskels hängt bekanntlich ab vom physiologischen Querschnitt, von der Größe seiner Stütz- und Ansatzfläche, wobei auch die Inscriptiones tendineae zu beachten sind. Mit Berücksichtigung dieser Momente weist L. nach, dass die Bauchpresse von allen Seiten eine ziemlich große Kraft, ausgedrückt durch 71,6 qm, ausüben kann. Und zwar fällt der Preis der Arbeit der vorderen oberen Bauchhöhle zu, da sich in dieser die günstigsten Erfordernisse für die zu leitende Arbeit vereinen, und ganz besonders wiederum dem Zwerchfell. So wird also mit dieser Kraft der Inhalt der Höhle nach dem locus minoris resistentiae, der unteren Wand, die von dem schwachen M. levator ani gebildet, getrieben.

Alsdann bestimmt Verf. die Richtung, in welcher die Bauchpresse wirkt; zuerst betrachtet er die Wirkung jedes einzelnen Muskel, zieht daraus die Resultirende aller Muskeln und findet, dass dieselbe parallel zur Achse des Beckeneinganges geht.

Zum Schluss dieser sehr interessanten und an neuen Untersuchungsmethoden reichen Arbeit kommt L. auf die mechanischen Bedingungen für die Wirkung der Muskeln zu sprechen. Um diese erklären zu können, war es nothwendig, einen Winkel zu bestimmen. Die Aponeurosen setzen bekanntlich an die Linea alba in einer Kurve an, und der Winkel, welchen diese Kurven mit der Verbindungslinie der vorderen und hinteren Bauchwand bilden, musste berechnet werden. Der Verf. fand, dass, je kleiner dieser Winkel ist — und er wird thatsächlich während der Geburt kleiner —, desto günstiger sind die Bedingungen für die Thätigkeit der Bauchmuskeln.

**von Lukowicz** (Breslau).

## 2) **Orthmann.** Über Tuberkulose der weiblichen Brustdrüse mit besonderer Berücksichtigung der Riesenzellenbildung.

(Virchow's Archiv Bd. C. Hft. 3.)

Nach kurzer Erwähnung der bisher publicirten Fälle von Tuberkulose der Brustdrüse, kommt O. zur Beschreibung zweier im pathologischen Institut zu Marburg untersuchten Fälle. Es handelt sich um 2 im Anfang der 40er stehende Frauen. Bei der einen ist die Tuberkulose an der linken Brustdrüse nachweisbar primär, bei der zweiten ist dieses fraglich, doch zu vermuthen, da bei einem $1^1/_2$jährigen Bestehen des Leidens die tuberkulöse Affektion anderer Organe doch frischerer Natur waren. Die Diagnose war durch den Nachweis von Tuberkelbacillen gesichert.

Makroskopisch: Die Brustdrüsen sind stark geschrumpft und derb; das umliegende Fettgewebe verschwunden. Auf dem Durchschnitt nur an wenigen Stellen atrophisches Gewebe; die Drüse ist durchzogen von zahlreichen derben, mit dicken Wandungen versehenen Strängen, die veränderten Drüsenausführungsgängen entsprechen und deren Inneres aus käsigen Massen besteht. Die umliegenden Lymphdrüsen, die Axillar- und Cubitaldrüsen sind mit afficirt und theilweise bereits verkäst.

Mikroskopisch: Der Befund, dass eine größere Anzahl von Hauptausführungsgängen frei sind, spricht für die primäre Entstehung des Processes in dem Drüsengewebe. Die Präparate zeigen 3 Arten von Zellen, runde, epitheloide und Riesenzellen. Die Rundzellen infiltriren (1. Stadium) mehr oder weniger stark das Drüsengewebe wie die Wandungen der Ausführungsgänge, deren Epithel fast ganz verschwunden, und zeigen oft deutlich die Anordnung in Knötchenform. Allmählich kommt es dann (2. Stadium) zum Zerfall des Gewebes mit Übergang in Verkäsung und Riesenzellenbildung. Die Riesenzellen, denen Verf. seine größte Beachtung schenkt, zeigen ein feinkörniges Protoplasma und mehrere verschieden angeordnete, bläschenförmige Kerne. Ihr Entstehen kann man in einzelnen Präparaten genau verfolgen; doch auch noch mehrere andere Umstände lassen den Verf. den epithelialen Ursprung dieser Zellen erkennen.

Tuberkelbacillen wurden gefunden in den Riesenzellen, radiär angeordnet bis zu 8 an Zahl, dann in den deutlich hervortretenden Knötchen, in Drüsenkanälchen, im Zwischengewebe und in großer Anzahl in den bereits verkästen oder in der Verkäsung begriffenen Massen.

**von Lukowicz** (Breslau).

---

## 3) **Gallard.** Die anatomischen Veränderungen bei Oophoritis.

(L'abeille méd. 1885. No. 51.)

G. erwähnt, dass er bei Herausgabe seines Lehrbuches über Frauenkrankheiten (1873) nicht in der Lage gewesen, aus eigener Anschauung eine anatomische Beschreibung eines entzündeten Ovarium zu geben; er hat sich damals an die von Scanzoni gehalten, welche

er auch in der vorliegenden Arbeit kurz reproducirt. Seitdem hat er wiederholt Gelegenheit gehabt, entzündete Ovarien selbst zu untersuchen oder von seinen Assistenten untersuchen zu lassen. G. nimmt im Allgemeinen wie Scanzoni an, dass bei Oophoritis alle 3 Gewebe, aus denen sich das Ovarium zusammensetzt, seröser Überzug, Parenchym und Graaf'sche Follikel, gleichzeitig entzündet sind. Doch giebt er zu, dass der peritoneale Überzug allein ergriffen sein kann, meist dann, wenn sich weiter ausgedehnte perimetritische, resp. peritonitische Processe finden.

Aron hat behauptet, dass die Blutgerinnsel und Corpora lutea, welche man so oft in den Follikeln trifft, Produkte der Entzündung letzterer seien, ist aber den Beweis schuldig geblieben. G. glaubt, dass derselbe jetzt durch einige auf seiner Hospitalabtheilung zur Beobachtung gekommene Fälle und Untersuchung der ihnen entstammenden Präparate erbracht sei. Aber auch bei allen diesen handelte es sich nicht um eine isolirte Entzündung der Follikel.

In zwei Präparaten fanden sich außer anderen Veränderungen der Ovarien zahlreiche kleine, aus Follikeln hervorgegangene Abscesse. Bei einem dritten — die Krankengeschichte wird im Original ausführlich mitgetheilt — zeigte der linke Eierstock eine mandelgroße, mit einem frischen Blutgerinnsel erfüllte Höhle, außer ihr noch zahlreiche andere von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße, z. Th. Eiter, z. Th. eine schmierige röthliche Masse enthaltend. Ähnliche Verhältnisse bot das rechte Ovarium.

**Graefe** (Halle a/S.).

---

## 4) **H. Hamon.** Neue Zange mit Löffeln, welche verschmälert werden können.

(Gaz. de Gynécologie 1885. No. 3.)

Die H.'sche Zange soll besonders in solchen Fällen Verwendung finden, in denen der wenig erweiterte Muttermund die Einführung der gewöhnlich gebräuchlichen Zangenlöffel sehr erschwert oder ohne Incisionen überhaupt nicht zulässt. — Die konvexen Fensterrahmen des neuen Forceps tragen an ihrem oberen Drittel 2 Scharniere. Da sie selbst beweglich, so schiebt sich, werden sie nach vorn gedrückt, der obere Theil des Löffels aus einander. Das zuvor schmale und spitze Fenster wird in Folge dessen breit, der obere Winkel stumpf. Ein genaues Verständnis des Baues dieser Zange ermöglichen zwei dem Original beigegebene Abbildungen.

Zum Anlegen werden die Löffel schmal eingeführt und, nachdem dies geschehen, geschlossen, dann die konvexen Fensterrahmen vorgeschoben, dadurch die Löffel verbreitert, worauf die Extraktion erfolgen kann.

H. hat diesen Forceps als sehr brauchbar befunden.

**Graefe** (Halle a/S.).

---

### 5) **Doléris** (Paris). Dilatirender Katheter für intra-uterine Injektionen.

(Gaz. de Gynécologie 1885. No. 3.)

Der D.'sche Katheter ist nach Art einer Pincette konstruirt. Die federnden Branchen werden von 2 Kanülen gebildet, welche geschlossen einen einzigen Katheter zu bilden scheinen. Sie besitzen an dem in den Uterus einzuführenden Ende eine gemeinsame, leichte Krümmung. An dem anderen divergiren sie, um sich kreisförmig wieder zu vereinigen. An der Vereinigungsstelle ist eine Olive angebracht, welche, mit dem Irrigatorschlauch in Verbindung gesetzt, die Spülflüssigkeit in die beiden Kanäle leitet. Diese werden durch einen Metallquetscher an einander gedrückt erhalten. Sind sie in den Uterus eingeführt, so genügt ein leichter Druck, um sie zu spreitzen. Der Cervikalkanal wird auf diese Weise dilatirt, der Injektionsflüssigkeit sicherer Abfluss geschafft. **Graefe** (Halle a/S.).

---

### 6) **E. Montgomery** (Philadelphia). Einige Bemerkungen über die Leitung der normalen Geburt.

(Polyclinic 1885. No. 6.)

Verf. warnt davor, die Blase selbst nach vollständiger Erweiterung des Muttermundes zu sprengen. Er ist der Ansicht, dass sie nicht nur für die Dilatation des letzteren, sondern auch für die der Vagina und der Vulva von Bedeutung sei. Er räth daher, Alles, was einen frühzeitigen Blasensprung herbeiführen könne, z. B. Aufsitzen und Herumgehen der Kreißenden zu vermeiden. Wo die Wehen sehr heftige sind und sehr schnell auf einander folgen, giebt er Tct. Opii oder Morphium. Er erwartet von dieser Ordination nicht nur eine Einwirkung auf die Wehen, sondern auch eine schnellere und leichtere Erweiterung des Muttermundes. Tritt trotz aller Vorsichtsmaßregeln der Blasensprung ein, so soll die Vagina durch einen aufgeblasenen Gummiballon oder Barnes'schen Dilatator erweitert, die Vulva aber mit den in die Scheide eingeführten Fingern während jeder Wehe nach hinten gezogen und so gedehnt werden.

Als Anästheticum hat M. während der 2 letzten Jahre bei fast allen Entbindungen Bromäthyl angewandt. Er ist mit der Wirkung desselben sehr zufrieden. Im zweiten Stadium der Geburt beseitigte es den Wehenschmerz, ohne die Wehen ungünstig zu beeinflussen und ohne das Bewusstsein aufzuheben. Die Kreißende presst in Folge dessen energischer mit, ist auf der anderen Seite aber auch im Stande, dies nach Wunsch zu unterlassen. (Die auf der 56. deutschen Naturforscherversammlung von verschiedenen Gynäkologen über das Bromäthyl gemachten Erfahrungen lauten nicht so günstig, cf. Ref. dieses Blatt. 1883. p. 643.)

Zur Verhütung von Dammrissen empfiehlt M. die linke Seitenlage der Kreißenden, Stützen des Dammes durch die rechte Hand

des Geburtshelfers, Verhinderung zu schnellen Durchtretens des Kopfes bei gleichzeitiger Rotation um die Symphyse durch die linke.

Ein von der Behandlung der Nachgeburtsperiode handelnder Abschnitt schließt mit der Empfehlung des kombinirten Dubliner- und Credé'schen Handgriffes. Aus der Beschreibung geht hervor, dass diese Kombination nichts Anderes ist, als der Credé'sche Handgriff selbst.

Den Schluss des Aufsatzes bilden Bemerkungen über geburtshilfliche Antisepsis. Sie bringen in Betreff der antiseptischen Prophylaxe nichts Neues. Sorgfältigste Reinigung und Desinfektion (Sublimat 1:2000) der Hände des Untersuchenden und der äußeren Genitalien der Kreißenden, eine vaginale Ausspülung mit der angegebenen Lösung (bei langer Geburtsdauer zu wiederholen), möglichst seltenes Untersuchen werden gefordert. Der Rath, Finger und Instrumente vor Einführung in die Genitalien mit Borvaseline zu bestreichen, scheint Ref. nicht empfehlenswerth, da die desinficirende Wirkung derselben sehr fraglich ist. — Nach Ausstoßung der Nachgeburt lässt M. ein Kissen durch Binden auf dem Abdomen befestigen, 3mal täglich während der ersten Woche Ergotin, Chinin und Tct. Digitalis geben und da, wo kein Dammriss vorhanden, die Wöchnerin zur Verrichtung ihrer Bedürfnisse sich setzen, um so den Abfluss der Lochien zu befördern. Tägliche desinficirende Ausspülungen der Vagina werden mit Recht bei normalem Wochenbett verworfen, dagegen häufige Waschungen der äußeren Genitalien mit desinficirenden Lösungen angerathen und darauf hingewiesen, dass oft durch die Berührung der Geschlechtstheile mit unsauberen Händen auch noch nachträglich im Wochenbett eine Infektion zu Stande kommen könne. — Dem Sublimat wird vor allen anderen Desinficientien der Vorzug gegeben. **Graefe** (Halle a/S.).

---

# Kasuistik.

## 7) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Dresden.

114. Sitzung am 7. Januar 1886.

Vorsitzender: Herr Leopold, Schriftführer: Herr Bode.

Als Mitglieder werden ernannt die Herren DDr. Wermann, Hesse und Meier.

I. Herr J. Schramm legt eine große Parovarialcyste vor, die sich bei einer 73jährigen Pat. entwickelt hat. Seit ihrem 41. Jahre menstruirte die Frau nicht mehr. Unter heftigen Schmerzen bemerkte sie in den letzten 2 Jahren eine allmähliche Vorwölbung des Leibes, der zur Zeit der Operation den Umfang einer in den letzten Monaten der Gravidität befindlichen Frau zeigte. Bei der Laparotomie wurden aus der einkammerigen Cyste 8 Liter dunkel blutig gefärbter Flüssigkeit entleert. Der ungewöhnlich breite Stiel wurde in seiner äußeren, breiten, dünnen Partie vom Lig. latum, in seiner medianen, fleischigen, vom Fundus uteri gebildet, was den Glauben an ein Cystofibroma uteri erweckte. Prof. Neelsen konstatirte eine Parovarialcyste, deren derbe Wandungen aus zellenreichem fibrösen Bindegewebe bestehen und auf deren Innenfläche warzige Exkrescenzen, zum Theil

verkalkte, erkennbar sind. Sie tragen eine Bedeckung von theils unregelmäßig gestalteten, theils hoch cylindrischen Epithelien.

Fieberloser Verlauf. Normale Rekonvalescenz.

II. Herr Leopold: Eine Sectio caesarea nach Porro.

Der nachfolgende Kaiserschnitt, über welchen sich Redner eine ausführlichere Mittheilung vorbehält, wurde ausgeführt wegen vorgeschrittenem primären Carcinom der Scheide und dadurch bedingter völliger Unwegsamkeit des Beckenkanals. Bei der hochgradigen Abmagerung der Kranken, der nur noch kurzen Lebensdauer und bei der großen Gefahr, dass der vernähte und versenkte Uterus von den jauchenden Carcinommassen inficirt werden könne, wurde von der konservirenden Methode des Kaiserschnittes abgesehen.

Bei einer 33jährigen Vgravida, welche früher stets leicht entbunden war und stets selbst stillte, stellten sich bald nach der Anfang 1885 stattgefundenen Konception fortwährende Sekretion und Blutungen ein. Im 3. Monat der Schwangerschaft fand sich die Scheide durch ein primäres Carcinom fast vollständig ausgefüllt. Das linke Parametrium später hochgradig infiltrirt, so dass nur ein kleiner Theil des Geburtskanals durchgängig blieb.

Weheneintritt am 28. December unter Jaucheabfluss. Abends schritt Redner zur Porro-Operation, deren Dauer etwas über $^3/_4$ Stunden betrug. Auswaschen von Vagina und Collum uteri mit Sublimat. Bauchschnitt bis über den Nabel. Zwei provisorische Nähte im oberen Wundwinkel. Hervorwälzen des Uterus, welcher senkrecht aufgestellt und um dessen Collum unterhalb des Kopfes ein Gummischlauch gelegt wird. Querschnitt durch das untere Uterinsegment. Entwicklung des in typischer Haltung der 2. Schädellage befindlichen Kindes am Halse. Anziehen des Gummischlauches. Schließen der Bauchwunde von oben bis unten mit tiefen Nähten. Abtragen des Uterus bei noch vollständig haftender Placenta. Cirkuläre Einnähung des Stumpfes links unterhalb, rechts oberhalb des Schlauches. Kürzung des Stumpfes und Behandlung mit Paquelin und Chlorzink.

Temperatur 3 Tage bis 39,5° C. Die erste Zeit Zeichen schwerer Entkräftung. Puls 160. Anfall von Pleuritis carcinomatosa; sonst reaktionslos.

Kind 2085 g, 50 cm; gedeiht gut. Kopfumfang 34 cm. Demonstration des Uteruspräparates, in dem allseitig die Placenta noch fest anhaftet.

III. Herr Leopold: Über mehrere Operationen mit Demonstrationen.

1) Myomotomie mit Eröffnung der Uterushöhle. 38jährige Pat. litt an Vaginalschmerz und Blutungen. Portio der vorderen Beckenwand ganz angedrängt. Fundus anscheinend 3—4 cm über der Symphyse, während die Sonde nach Überwindung eines Hindernisses höher hinaufging. Annahme eines subserösen retro-uterinen Myom.

Laparotomie. Uterus nach oben gedrängt. Ovarien, dicht den hochgradig hydropischen Tuben aufliegend, werden sammt den Tuben abgeschnürt, um Zugang zu dem Tumor zu erhalten, welcher die ganze Tiefe des Beckens ausfüllte. Lösung derber Adhäsionen durch schabende Fingerbewegung. Stillung starker Flächenblutungen des Beckens durch Verschorfen. Abtragen des Tumors mit Eröffnung des Cavum uteri. Der Stumpf wird, da ein Auswischen des Collum uteri vor der Operation unterlassen war, extraperitoneal behandelt. Fieberloser Verlauf.

2) Myomotomie ohne Eröffnung der Uterushöhle. Ipara. Uterus stark retrovertirt, darauf aufliegend ein großer kaum beweglicher Tumor, der sich nach links breit fortsetzt. Diagnose eines soliden Ovarialtumors.

Laparotomie. Vom Tumor ziehen sich nach dem rechten Ligamentum starke Gefäßstränge, während er selbst der Hauptsache nach vom linken Uterushorn entsprang. Verschorfen und Versenken des Stumpfes. Bauchdeckenabscesse; sonst reaktionsloser Verlauf.

Demonstration des fast mannskopfgroßen theilweise verkalkten Myom.

3) Demonstration eines linksseitigen Ovarialcarcinom, welches Ascites verursacht hatte.

4) Demonstration zweier Uteri durch Totalexstirpation gewonnen. In beiden Fällen fieberloser Verlauf.

IV. Herr Rupprecht: a) Demonstration einer Niere mit occludirenden Ureterklappen. Zu seinem in No. 33 des Centralbl. f. Gynäk. 1885 referirten Falle von geheilter Exstirpation einer Hydronephrose bei einem Kinde liefert R. folgenden Nachtrag. Pat. befand sich nach der Operation 8 Monate lang völlig wohl, wenn schon eitriger Blasenkatarrh persistirte. Dann plötzlicher Tod nach 2tägigem urämischem Koma, während welchem eine quergestellte cylindrische Geschwulst vom Durchmesser eines Dünndarms in der Gegend der zurückgelassenen Niere gefühlt wurde. Sektion ergab im Verlauf des Ureters der betr. Niere 3 klappenartige Schleimhautfalten, welche den Ureter in 4 Abschnitte von sehr verschiedenem Durchmesser abtheilten und durch Abknickung offenbar zur Occlusion geführt hatten. Punktion resp. Anlegung einer Nierenbeckenfistel hätten vielleicht das Leben verlängern können. Die Niere selbst erschien wenig verändert. Die post mortem gefundenen Falten im Ureter sind intra vitam nicht diagnosticirbar. Betreffs der Diagnose der Gesundheit der zurückbleibenden Niere bei Nephrektomien referirt R. den jetzigen Stand der Hilfsmittel aus der Dissertation von de Jong (Heidelberg 1885) und hebt daraus besonders als neu hervor, dass kongenitale Defekte an den weiblichen Genitalien relativ oft zusammen mit Solitärniere vorkämen und dass bei letzterer die zugehörige Hälfte des Trigonum Lieutaudii oft fehle, daher gegebenen Falls die vesikale Palpation dieses Gebildes erforderlich sei. Auch erwähnt R. die sog. »kombinirte« Nephrektomiemethode von Knowsley Thornton (Lumbalschnitt nach gemachter Laparotomie).

b) Zur operativen Behandlung des Carcinoma vulvae. R. betont die Seltenheit des Carc. vulvae (nach Virchow u. A. 1 auf 40 Uteruskrebse; nach Gurlt 10% aller Carcinome bei Frauen; Billroth sah in 8 Jahren unter 548 Krebsfällen nur 4 Fälle von Vulvacarcinom [Winiwarter]). Verf. sah in 8 Jahren 8 Fälle, durchgehends Cancroide, unter denen 7 von den kleinen oder von der inneren Fläche der großen Labien ausgegangen waren, 1 Fall von der Gegend der Clitoris nach dem Mons veneris fortschreitend. In keinem Falle war die Urethra, in keinem die Gegend des Hymens oder die Vagina mit ergriffen. In 6 von den 8 Fällen waren die Inguinaldrüsen deutlich, zum Theil schon sehr erheblich, 1mal sogar beiderseits krebsig infiltrirt. Einmal war das Carcinom mit den Schambeinen verwachsen. Nicht selten, nämlich 3mal unter 6 nach dieser Richtung hin inquirirten Fällen, war Pruritus vulvae lange Zeit vorausgegangen.

Sämmtliche Fälle sind operirt mit folgenden Resultaten.

1) Alte Frau, kleines Cancroid der rechten Nymphe. Keine Inguinaldrüsen. Excision durch Dr. Schramm im Carolahaus im Jahre 1881. Angeblich noch jetzt gesund.

2) 43jährige Frau eines Rechtsanwalts. 1883 Excision eines Cancroids der rechten Nymphe durch Geh.-Rath Winckel. 1 Jahr später † an Gangrän des ganzen rechten Beines durch ulcerative Konstriktion der Schenkelgefäße seitens der carcinomatösen Inguinaldrüsen.

Die nun folgenden Fälle sind vom Redner operirt im Diakonissenhaus hier:

3) 49jährige Frau Fröhlich. Mai 1882 Excision eines Cancroids der rechten Nymphengegend. Herbst 1882 Drüsenrecidiv in der rechten Inguinalfalte. Ausräumung der letzteren sammt allem Fett und Bindegewebe bis auf die großen Gefäße. Heilung mit mäßiger Eiterung in 5 Wochen. Noch jetzt, nach $3^1/_4$ Jahren ohne Recidiv vorgestellt.

4) 49jährige Frau Blechschmidt aus Gablenz bei Stollberg. Am 20. Nov. 1883 Excision der kleinen und großen Schamlippe rechts und typische Ausräumung der rechten Inguinalfalte. Wunde kann wegen Hautdefektes nicht vernäht werden. Tamponade. Heilung in 6 Wochen durch Granulation. † 1 Jahr später (17. Sept. 1884) an lokalem Recidiv.

5) 73jährige Frau Bischof aus Gröden bei Elsterwerda. Mai 1884 Excision der linken Nymphe mit einem höckrigen Cancroid. Ausräumung der linken Inguinal-

falte. Heilung prima intentione in 15 Tagen. Nach $1\frac{1}{2}$ Jahren (laut brieflicher Mittheilung vom 13. December 1885) gesund.

6) 48jährige Frau Hensel aus Eibau i/S. März 1884 Excision fast beider ganzen großen Labien, der Clitoris, des ganzen Mons veneris, mit Resektion von den Schambeinen und totaler Ausräumung beider Inguinalfalten wegen eines großen mit dem Schambein verwachsenen Krebsgeschwürs und beiderseits infiltrirten Inguinaldrüsen. Langsame Heilung durch Granulation, nach $1^{3}/_{4}$ Jahren (laut brieflicher Mittheilung vom 26. Dec. 1885) gesund: in den Narben weder Wundes noch Hartes.

7) 54jährige Frau Wirth aus Munzig. Am 24. Jan. 1885 Excision der kleinen und großen Labie rechts wegen eines thalergroßen Krebsgeschwürs. Keine Ausräumung der Inguinalfalte, weil bei sehr atrophischer Haut die Lymphdrüsen beiderseits gleich nur sehr minimal geschwellt, deutlich gefühlt werden. Katgutnaht. Prima intentio. Nach 11 Monaten laut brieflicher Mittheilung gesund und ohne Recidiv.

8) 62jährige Frau v. H. aus Schlesien. Im August 1885 Excision der kleinen und großen Labie rechts wegen markstückgroßen Cancroids nebst typischer Ausräumung der rechten Inguinalfalte. Heilung prima bis auf Drainstelle, die bei geringer Eiterung sich nach 8 Wochen schließt. Jetzt kürzlich nach $^{1}/_{4}$ Jahr ohne Recidiv befunden.

Redner führt nun aus, wie seit Dieffenbach (der diese Operation bei angeschwellten Inguinaldrüsen für »verwerflich« erklärt habe) bis auf den neuesten Autor, Zweifel, die Ansicht zu herrschen scheine, bei inficirten Inguinaldrüsen sollte man die Vulvacarcinome in Ruhe lassen. Redner hält auf Grund seiner Erfahrungen diese Ansicht für irrig. Nur müsse man nicht ängstlich nur einzelne geschwellte Drüsen herausschälen, sondern systematisch alles Fett sammt Drüsen aus der Inguinalfalte herausräumen, analog der von Volkmann angegebenen Ausräumung der Achselhöhle bei Carcinoma mammae. Redner verfährt nach eigener Methode in der Inguinalfalte folgendermaßen[1]: Schnitt vom Tuberculum pubis bis zur Spina ant. sup., eventuell die mit der Haut bereits verwachsenen Drüsen umkreisend. Zweiter Schnitt vom ersten aus abwärts längs der großen Gefäße. Unterminirung der Haut oben bis auf die Aponeurose des äußeren, schiefen Bauchmuskels, außen bis auf die Fascia lata, innen bis auf die Adduktoren. Die so umschnittene dreieckige Fettmasse wird von den genannten Fascien in toto stumpf zurückpräparirt, von allen Seiten nach der Fossa ovalis zu. Unterhalb dieser wird dann die Vena saphena zwischen 2 Ligaturen durchschnitten und sammt dem adhärirenden Fett nach oben umgeklappt. Dann Ausräumung der Fossa ovalis nach Spaltung des Processus falciformis fasciae latae abwärts. Zuletzt hängt der ganze Fettklumpen incl. Inguinaldrüsen an der Einmündungsstelle der Saphena in die Vena cruralis und wird nach abermaliger Unterbindung der Saphena an dieser Stelle entfernt. Manchmal ist Spaltung des Poupart'schen Bandes und Entfernung einiger Drüsen von der Scheide der großen Schenkelgefäße, die in jedem Falle bloßgelegt werden müssen, nothwendig. Etwaige Bruchsäcke werden uneröffnet bei Seite geschoben, oder nach Reposition der Därme umschnürt und excidirt. Im Falle einer Verletzung der Schenkelvene, die dem Redner bis jetzt nicht passirt ist, empfiehlt sich bei kleiner Öffnung die seitliche Ligatur oder die Gefäßnaht mit Erhaltung der venösen Cirkulation. Wäre man genöthigt, die Vena cruralis unter dem Poupart'schen Bande zu unterbinden oder gar wegen Verwachsung mit dem Carcinom sammt der Arterie zu reseciren, so tritt bekanntlich leicht Gangrän des ganzen Beines ein. Um diese möglichst zu vermeiden, habe v. Langenbeck gerathen, stets gleichzeitig die Arteria cruralis zu unterbinden, was neuerdings von v. Bergmann und Braun widerrathen wird. Jedenfalls empfehle es sich

[1] Die Inguinalfalte wurde von ihm bisher 13mal ausgeräumt: 5mal bei Carc. vulvae, 3mal bei Carc. penis, 2mal bei Carc. ani, 1mal bei Carcinom der Sequesterlade im Femur, 1mal bei melanotischem Hautsarkom des Oberschenkels, 1mal bei primärem Lymphsarkom der Inguinalfalte.

in solchen Fällen das Bein vertikal zu suspendiren und nach Maas das Gefäß von jedem Druck zu entlasten.

Zum Schluss demonstrirt Redner mehrere in toto exstirpirte inguinale Fett- und Zellgewebsklumpen mit carcinomatösen Drüsen, so wie die mikroskopischen Präparate seiner mitgetheilten Vulvacarcinomfälle.

Diskussion wird auf nächste Sitzung verschoben.

115. Sitzung am 4. Februar 1886.

Vorsitzender: Herr Grenser, Schriftführer: Herr Bode, Herr Marschner.

Nach Verlesung des Protokolls der letzten Sitzung demonstrirt zunächst Herr Hesse das in allen seinen Theilen sinnreich verschiebbare und verkürzbare Byrne-sche Speculum, dessen er sich bereits längere Zeit zur Ersparung von Assistenz bei Operationen an der Portio vaginalis bedient.

I. Diskussion zu dem Vortrag des Herrn Rupprecht in der letzten Sitzung.

Herr Bode entsinnt sich aus seiner Assistentenzeit am Entbindungsinstitut dreier Fälle von Vulvacarcinom, von denen der eine besonderes Interesse bietet.

Eine Pat. mittleren Alters war lange Zeit wegen eines großen Myoma uteri mit Ergotin behandelt, als unter heftigem Pruritus ein flacher Epithelkrebs der Vulva sich ausbildete. Excision der ziemlich ausgedehnten Neubildung mit Messer und Vernähung der Wundfläche. Die Pat. ging nicht zu lange darauf zu Grunde und konstatirte die Sektion carcinomatöse Degeneration des Uterus in der Umgebung des Myom mit partieller Verjauchung.

Herr Schramm operirte 1880 zwei Frauen im Alter von 75—76 Jahren wegen Carcinoma vulvae. Beide Male von der Clitoris ausgehend, war das Carcinom das eine Mal auf diese beschränkt, das andere Mal dagegen ging es auf das rechte Labium minus über. Beide Male keine Inguinaldrüseninfiltration.

Redner demonstrirt die Neubildungen an Photographien vor der Operation aufgenommen. Beide Pat. befinden sich bis heute wohl.

In einem dritten Fall handelte es sich um ein Carcinom des rechten Labium bei erfolgter Infektion der Inguinaldrüsen. Baldiges Recidiv, wesshalb Pat. später in Behandlung des Herrn Rupprecht überging.

Herr Michael demonstrirt ein vor wenig Tagen im Institut exstirpirtes Vulvacarcinom von einer Pat., welche 4 Jahre zuvor ebenfalls im Institut zum ersten Male operirt wurde.

Herr Rupprecht glaubt in jedem Falle auf die Exstirpation der Inguinaldrüsen nur dann verzichten zu dürfen, wenn das Carcinom noch ganz frisch resp. noch kaum als solches zu diagnosticiren sei, oder wenn man bei gänzlicher Fettarmuth der Pat. sich mit Sicherheit von dem vollständigen Intaktsein der Inguinaldrüsen überzeugen könne.

II. Herr Wechselmann: Über die elastische Ligatur des Nabelstrangs.

(Ausführlichere Mittheilung vorbehalten.)

---

## 8) Aus der Gesellschaft für Chirurgie zu Paris.

(Gaz. des hôp. 1885. No. 129—138.)

Sitzung vom 4. November 1885.

Vorsitzender: Horteloup.

1) Terrier berichtet über eine von Quenu ausgeführte Laparotomie.

Es handelte sich um Tumoren beider Ovarien (Epithelioma myxoides), Uterusmyom und Ascites. Der Uterus wurde supravaginal amputirt, beide Tumoren entfernt. Die Heilung war glatt bis auf einen Abscess im unteren Wundwinkel; vom 2. bis zum 6. Monat nach der Operation entleerten sich zahlreiche

Ligaturen per vaginam. Q. ist der Meinung, dass Ascites bei Ovarialtumoren meist durch Wucherungen an der Oberfläche des Tumors bedingt wird.

Diese Ansicht stützen in der Diskussion durch ähnliche Beobachtungen Terrillon, Duplay, Lucas-Championnière, Verneuil, Pozzi.

2) Gillette. Vaginale Uterusexstirpation.

G. hat die Operation 9mal an der Leiche gemacht, um ihre Ausführung kennen zu lernen; 2 Fälle betrafen alte Frauen von 55—60 Jahren; bei diesen war der sehr atrophische Cervix schwer zu fassen. Bei den übrigen handelte es sich um Frauen von 25—30 Jahren. Er unterscheidet folgende Akte der Operation: 1) Erfassen des Cervix mit Muzeux'schen Zangen; 2) Herabziehen des Uterus; 3) halbkreisförmige Incision im vorderen Scheidengewölbe; 4) Abtrennung der Blase; 5) Unterbindung und Trennung des linken Lig. latum; 6) dasselbe am rechten Ligament; 7) Durchschneidung des hinteren Scheidengewölbes. In einem Fall betrug die Länge des Uterus 15 cm, ohne dass hierdurch die Operation erschwert gewesen wäre.

G. theilt hierauf eine diesbezügliche Operation, welche er wegen Cervixcarcinom ausgeführt hat, mit. Dabei passirte eine Verletzung der Blase, welche durch Naht sofort geschlossen wurde. Der Verlauf war ein durchaus günstiger, trotzdem sich die Pat. äußerst unverständig benahm. In der auf die Operation folgenden Nacht stand sie aus dem Bett auf, um Urin zu lassen; drei Tage später wiederholte sie dies und ging im Zimmer umher, »um sich zu erholen«.

3) Le Dentu. Fall von vaginaler Uterusexstirpation wegen Cervixcarcinom. Die Operirte starb am 4. Tage. Er bespricht die Lage der Ureteren in ihrer Beziehung zum Uterus und macht auf die Möglichkeit ihrer Verletzung aufmerksam.

Sitzung vom 11. November 1885.

Vorsitzender: Horteloup.

Richelot. Vaginale Uterusexstirpation.

R. bespricht im Anschluss an einen Fall, in welchem er eine Operirte in Folge von Nachblutung aus einem Lig. latum (obgleich die Ligaturen sehr fest geknüpft waren) verloren hat, die Gefahren der Operation. Er empfiehlt', um diese zu verringern, statt die Ligamente zu unterbinden, lange Klemmpincetten an dieselben anzulegen und diese 24 Stunden liegen zu lassen, dadurch würde die Operation in erheblich kürzerer Zeit ausgeführt und die Blutstillung sei eine ganz sichere. (Es ist doch wohl fraglich, ob nach 24stündiger Kompression die Thromben stets bereits so fest geworden sind, dass sie der andringenden Blutwelle, besonders des Hauptastes der Art. uterina, genügenden Widerstand entgegensetzen. Ref.)

Marchand theilt gleichfalls einen Fall von vaginaler Uterusexstirpation mit; er fand keine Schwierigkeit bei der Unterbindung der Ligamente. Ausgang in Genesung. Er empfiehlt das Verfahren von Müller (mediane Trennung des Uterus).

Sitzung vom 18. November 1885.

Vorsitzender: Horteloup.

Terrier. Einfluss doppelseitiger Ovariotomie auf die Menstruation.

Von 22 Frauen, bei denen die Ovariotomia duplex gemacht worden war, hörten bei 13 die Menses sofort auf, bei 2 kehrten sie noch je 1mal wieder; bei drei verschwanden sie erst, nachdem sie noch einige Male aufgetreten waren, bei 1 erst nach $3^1/_2$ Jahren. In den noch übrigen 3 Fällen blieb die Menstruation unverändert, doch sind bei diesen höchst wahrscheinlich Theile von Ovarialgewebe zurückgelassen worden.

Lucas-Championnière macht darauf aufmerksam, dass auch nach vollkommener Entfernung der Ovarien die Menstruation fortdauern kann, weil der Organismus an eine solche regelmäßige Blutausscheidung gewöhnt sei und erinnert an eine von ihm ausgeführte Porro-Operation, bei der sicher die Ovarien vollständig entfernt waren und doch 2 Jahre regelmäßige Blutausscheidungen aus dem Rectum stattfanden. Duplay bemerkt, dass die Menstruation nach Ovariotomia duplex durch überzählige Ovarien bedingt sein kann.

Sitzung vom 25. November 1885.
Vorsitzender: Duplay.

Richelot. Behandlung des Leberechinococcus mittels Laparotomie.

R. bespricht die verschiedenen Methoden, welche zur Heilung der Leberechinokokken in Gebrauch sind und empfiehlt schließlich, stets die Laparotomie zu machen. Durch weite Eröffnung des Peritoneums würden alle Verhältnisse deutlich sichtbar, die Heilung sei eine schnelle. Zum Schluss theilt er einen diesbezüglichen, mit Glück operirten Fall mit: Incision 10 cm lang, bis 3 cm unterhalb des Nabels; ausgedehnte Adhäsionen hindern die Exstirpation; die Cyste wird eröffnet, entleert, ihre Wand in die Bauchwunde eingenäht.

Verneuil, Tillaux und Trélat wollen die Laparotomie nicht als einzige Methode gelten lassen. **Skutsch** (Jena).

9) **Aberdeen.** Fall von Extra-uterin-Schwangerschaft.

(New York med. journ. 1885. December 19. p. 687.)

Der von A. beobachtete tödlich verlaufene Fall ist in einigen Punkten von Interesse. Der Uterus zeigte die unverkennbaren Zeichen der Schwangerschaft und bereitete sich ad terminum völlig zur Geburt vor. Der mit dem Uterus fest verwachsene Eisack kommunicirte mit dessen Höhlung und entleerte wochenlang fötide Massen, ohne dass aber seine Innenfläche hierdurch irgend eine Veränderung erfuhr. Die Obduktion zeigte schließlich auch einen Riss in den Sack, welcher in die Bauchhöhle führte, ohne dass der Erguss fötider Massen in diese intra vitam irgend welche Erscheinungen gemacht hatte. **Lühe** (Demmin).

10) **John Cook** (Melbourne). Fall von Sectio caesarea bei Carcinoma vaginae, glückliche Entfernung des Kindes, Genesung der Mutter.

(Austral. med. journ. 1885. Mai 15.)

Die Pat. wird jetzt zum 11. Male gravid, nach 18stündiger Wehenthätigkeit zur Operation in das Hospital gebracht. Der ganze Scheidenkanal ist fast vollkommen durch Krebsmassen verlegt. Uteruswunde 5 Zoll lang; gesundes weibliches Kind von 7 Pfund; Placenta und Membranen ohne Schwierigkeit entfernt, Uterus mit Karbol (1 : 80) ausgewaschen, Drainagerohr »durch die Scheide in die Uterushöhle« geführt. Hierauf wird der Uterus durch einen faradischen Strom zu guter Kontraktion gebracht und die Schnittöffnung an demselben mit 2 Seidennähten geschlossen. Peritonealtoilette; Schluss der Bauchwunde mit Nähten und Hasenschartennadeln.

Am 6. Tage wurden Suturen und Nadeln entfernt; mehrere kleine Abscesse in den Kanälen, Frost und etwas Fieber. Bis zum 11. Tage wurde der Uterus 4mal täglich durch den Drain irrigirt; bis zum 18. nur noch 2mal; dann Drain entfernt. Scheide wurde häufig irrigirt. (Auch der Spray muss bei der Operation oder Nachbehandlung irgend wie mit in Thätigkeit gewesen sein, wenigstens heißt es: »25. März [6. Tag] Spray ausgesetzt«.)

Mutter nach 34 Tagen entlassen »in ausgezeichnetem Gesundheitszustand«. Kind starb nach kurzer Zeit an Enteritis. **Zeiss** (Erfurt).

11) **J. W. Ballantyne** (Edinburgh). Sphygmographische Kurven in puerperaler Eklampsie.

(Edinb. med. journ. 1885. Mai.)

Verf. hatte in drei Fällen von Geburtskomplikation durch Morbus Brightii Gelegenheit, Puls und Blutdruck genauer graphisch darzustellen und zu studiren. Im ersten Fälle, der schon während der Schwangerschaft zur Beobachtung kam, und prophylaktischen Maßnahmen unterworfen wurde, kamen eigentliche eklamptische Anfälle nicht zum Ausbruche.

Die Schlusssätze, zu denen Verf. durch seine Aufzeichnungen geführt wurde, sind etwa folgende: Bei Morbus Brightii in der Schwangerschaft besteht, auch bei geringem Volum des Pulses hohe arterielle Spannung. Im ersten Stadium einer mit Eklampsie komplicirten Geburt zeigt die Kurve einen kleinen Puls mit hoher Spannung, meist regelmäßig, ähnlich den im Frostanfall akut fieberhafter Zustände

und bei Peritonitis. Während des Anfalls, wenigstens während dessen tetanischen Theils, ist die Spannung enorm vermehrt, wie ersichtlich aus der spitzen und Hervortreten der prädikroten Welle; der Puls ist dabei etwas beschleunigt und nicht mehr regelmäßig. Im Intervall wird der Puls wieder weniger gespannt und wieder regelmäßiger. Bei verlängertem ersten Geburtsstadium und großer Frequenz der eklamptischen Anfälle fällt der Blutdruck beträchtlich, die Kurve wird völlig dikrot, ja hyperdikrot; man trifft dann bis 200 sehr kleine Pulse, wie nach schweren Blutverlusten, im Typhus oder anderen fieberhaften Zuständen. Diese Beschaffenheit der Pulskurve bleibt in solch schweren Fällen auch in der zweiten Periode unverändert. In dieser letzteren ist der Einfluss einer Wehe auf die Kurve ähnlich dem eines neuen Anfalls, nur dass der Puls langsamer und regelmäßiger bleibt. Durch das stertoröse Athmen in diesen Fällen wird ein Heben und Senken der respiratorischen Basallinie veranlasst, wie bei spasmodischem Asthma. Nach Beendigung der Geburt große Neigung zu Collaps, wogegen in schweren Fällen auch die stärksten Stimulantien wirkungslos bleiben; der Puls wird dabei, d. h. kurz vor dem Tode (2. Fall) aus einem hyperdikroten zum monokroten. In weniger schweren Fällen, wo frühzeitig chloroformirt wurde, ist durch rasche Beendigung der Geburt der schon eingetretene Collaps noch zu sistiren.

Am ersten Wochenbettstag sehr geringe arterielle Spannung, Puls dikrot; am 2. (36 Stunden post partum) kann die Spannung wieder so steigen, dass die Pulskurve dann der in der Schwangerschaft gewonnenen fast gleicht. Am dritten Tage fällt die Spannung und tritt wieder völliger Dikrotismus ein, hebt sich aber dann im weiteren Verlaufe langsam wieder bis zur in der Schwangerschaft gezeigten Höhe.

Zwischen Temperatur und Pulskurve war kein deutlicher Zusammenhang ersichtlich.

**Zeiss** (Erfurt).

### 12) J. Chéron. Behandlung chronischer Pelvi-Peritonitis mit subkutanen Injektionen von Natrium phosphorium.

(L'abeille méd. 1885. No. 30.)

Gelegentlich einer Reihe von Experimenten, welche zu einem anderen Zweck angestellt waren, beobachtet C. ein schnelles Verschwinden eines fälschlich für ein Fibrom gehaltenen großen Beckenexsudates in Folge subkutaner Injektionen folgender Lösung: Natrium phosphor., Natr. sulf. āā 6,0, Aq. destill. 120,0. Von derselben wurden alle 8 Tage 4 g eingespritzt. Nach noch nicht ganz 2 Monaten war das Exsudat total resorbirt. Derselbe günstige Erfolg wurde bei 4 weiteren Fällen beobachtete. C. macht darauf aufmerksam, dass stets eine frische, gut destillirte Lösung zu verwenden ist, die Injektionen wirklich in das subkutane Zellgewebe gemacht werden und sehr langsam ausgeführt werden müssen, schließlich, dass die Injektionsstelle 1—2 Minuten zu massiren ist.

**Graefe** (Halle a/S.).

### 13) Joel Hyde. Vier Fälle von Kastration.

(New York med. journ. 1885. Oktober 17. p. 431.)

Dysmenorrhoe war für sämmtliche Fälle die Indikation, in einem Fall waren hystero-epileptische Anfälle vorhanden, 2mal waren ausgedehnte Adhäsionen zu lösen und trat in einem dieser Fälle Tod ein, welcher jedoch auf Rechnung einer post mortem aufgefundenen fettigen Degeneration der Nieren gesetzt wird, auch war der Allgemeinzustand in diesem Fall ein sehr herabgekommener. Die übrigen 3 Fälle jedoch verliefen glücklich und brachten auch Heilung der bestandenen Neurosen.

**Lühe** (Demmin).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 16.** **Sonnabend, den 17. April.** **1886.**




## Nochmals zur Expression des nachfolgenden Kopfes.

Von


Dr. **Robert Koppe** (Moskau).


Aus der Kritik meiner Vorschläge zur Expression des nachfolgenden Kopfes durch Freudenberg (1885 No. 45 dieses Blattes) geht hervor, dass es mir nicht gelungen ist mich ihm — und daher wohl auch Anderen — völlig verständlich zu machen. Daher will ich im Folgenden an der Hand einer schematischen Darstellung versuchen, die Situation und die leitenden Principien klar zu legen, um auf diese Weise vor allen Dingen einen gemeinsamen Boden für unsere Diskussion zu gewinnen.

Die Benutzung von Zahlen, mit denen wir die vorkommende Masse, annähernd entsprechend den wirklichen Verhältnissen, belegen wollen, wird die Anschaulichkeit und Übersichtlichkeit wesentlich erleichtern und uns auch viel Worte ersparen. Ich will dabei ausdrücklich bemerken, dass die supponirten Zahlen nur allein die Richtung und Beziehung der veränderlichen und konstanten Größen zu einander darlegen, aber keineswegs die relativen Progressionen mit involviren sollen.

Situation: Einfach plattes Becken. Conj. vera 8 cm. Nachfolgender Kindskopf, hochstehend, eingekeilt; biparietaler Diameter 10 cm. Durch vergebliche energische Extraktionsversuche Kind sehr gelitten, hochgradige Asphyxie; Kindsleben hängt an kürzester Frist.

Aufgabe: Kindskopf möglichst schnell aus seiner Haft zu befreien und an die Atmosphäre zu bringen.

Wie ist diese Aufgabe zu lösen? Es ist nur ein Weg. Da die Conjugata eine feststehende, konstante Größe darstellt, der Kindskopf aber eine veränderliche, so muss folglich der Kindskopf in seinem biparietalen Durchmesser von 10 cm auf 8 cm reducirt werden, um durchzupassiren.

Wie geschieht das am besten und schnellsten? Durch die Zange oder manuelle

Handgriffe? Wie wirkt zunächst die Zange? Die Zange umfasst den, einen in der Conjugata eingekeilten Keil darstellenden, Kindskopf im queren Beckendurchmesser und presst ihn von links nach rechts zusammen, so dass der frei über dem Beckeneingang befindliche Abschnitt des Kindskopfes gezwungen ist, sich in seinen auf die Kompressionsrichtung senkrechten Durchmessern kompensatorisch zu dehnen. Es muss sich mithin der biparietale Diameter von 10 cm auf 11 cm verlängern. Diese Vergrößerung der queren Dimension des Kindskopfes läuft unserem Zwecke geradezu zuwider. Es hat also die Zange anstatt 2 cm (natürliche Situation) jetzt 3 cm räumliches Missverhältnis zu überwinden; dieselbe muss die schon an sich um 2 cm zu breite, jetzt noch um 1 cm durch sie künstlich verbreiterte Basis des (Kindskopf-) Keiles durch die nicht nachgebende Enge der Conjugata durch gewaltsamen Zug hindurchzwängen, um 11 cm auf 8 cm zu reduciren und zwar ohne eine Kompensation im queren Beckendurchmesser zu gestatten, indem der Kopf von allen vier Seiten gleichzeitig eingepresst ist. Wahrlich eine schwere Gewaltthat am hoch asphyktischen Kinde.

Wie und was wirken nun manuelle Handgriffe? Zunächst will ich nochmals daran erinnern, dass alle manuellen Handgriffe am Kopf, welcher Art sie auch seien, sich mit der gleichzeitigen Anwendung des Prager Handgriffs vereinigen lassen, wodurch die zur Fortbewegung der Geburt benöthigte Kraftsumme sich auf zwei Angriffspunkte vertheilt, somit auf die Expression des Kopfes ein relativ kleiner Theil entfällt. Also um wie viel schonender als die Zange, wo das ganze und zwar künstlich gesteigerte Kraftmaß sich auf einen Angriffspunkt, den Kopf, koncentrirt.

Die bisher geübte Expressionsmethode hat nun aber neben dem eben erwähnten Vortheil das Missliche, dass sie den an der Zange soeben gerügten Missstand theilt, indem sie durch Abplattung des Kindskopfes von oben nach unten ebenfalls eine kompensatorische Dehnung des Diam. biparietale zu Wege bringt, folglich also auch das natürlich bestehende räumliche Missverhältnis vergrößert.

Diese Bedenken leiteten mich, einen Modus zu finden, der durch quere Kompression des Kindskopfes gegen die letzten Lendenwirbel, eine Verschmälerung, eine quere Abplattung, also im Sinne des »einfach platten Becken« zu erzielen und dadurch das bestehende räumliche Missverhältnis auszugleichen strebt, wie ich das n No. 39 1885 dieses Blattes näher beschrieben habe.

Fragen wir also, wie wirkt nun dieser manuelle Handgriff? Er reducirt das bestehende räumliche Missverhältnis und gestattet nebenbei die Anwendung eines viel größeren Kraftmaßes. Es liegt daher die Grenze, bis zu welcher hinauf kindliche Leben gerettet werden können, ungleich weiter, bis zu viel höheren Graden der Beckenverengerung hinauf, bis dahin, wo schließlich die durch diese Methode sehr eingeengte Domaine der Perforation beginnt.

Nehmen wir unser obiges Schema wieder auf und stellen wir die Wirkungen dieser und der Zangenmethode bei ein und demselben Operateur (die gleiche wirkende Kraft) in Parallele. Vindiciren wir diesem Operateur z. B. eine Kraft, die bei voller Aufbietung gerade noch ausreicht, ein räumliches Missverhältnis von 2 cm durch Extraktion oder Expression zu überwinden. Da die Zange 1 cm auf 2 cm vergrößert, so wäre also in 1 cm räumlichem Missverhältnis die Grenze gegeben, über die hinaus er nicht mehr im Stande wäre, kindliche Leben zu retten; bei 2 cm räumlichem Missverhältnis, die durch die Zange auf 3 cm gesteigert werden, könnte er nicht mehr reussiren.

Welches wären nun die Resultate desselben Operateurs bei unserer Methode, die das räumliche Missverhältnis ganz oder bis zu einem gewissen Grade ausgleicht? Er würde nothwendigerweise nicht nur das in unserem Schema als Ausgangspunkt gesetzte räumliche Missverhältnis von 2 cm überwinden (dieses natürlich mit Leichtigkeit), sondern auch noch alle höheren Grade von räumlichem Missverhältnis, die auf 2 cm reducirt werden können. Also alle Kinder mit über 1 cm räumlichen Missverhältnis müssten nach vergeblichen Zangenversuchen durch Perforation von demselben Operateur geopfert werden, der nach der von mir vorgeschlagenen Methode, der Ausgleichung des Hindernisses durch künstliche Kon-

figuration des Kindskopfes im Sinne des »einfach platten Beckens«, alle Kinder mit allen höheren Graden der Beckenverengerung dem Leben erhalten würde, deren räumliches Missverhältnis auf 2 cm reducirt werden könnte.

Nehmen wir hinzu, dass bei letzterer Methode noch die richtig geleitete Kraft assistirender Personen mitbenutzt werden kann, was bei der Zange nicht möglich ist, so stellt sich die Superiorität dieser letzteren um so größer heraus.

Ich hoffe, es ist mir gelungen, im Obigen die Bedingungen und leitenden Principien, um die es sich handelt, an der Hand dieser schematischen Darstellung unzweideutig klar zu legen. Dieser Umstand wird mich im Folgenden vieler Worte überheben und mir gestatten, mich recht kurz fassen zu dürfen, indem ich auf einige Punkte der Freudenberg'schen Kritik näher eingehe.

Zunächst wende ich mich gegen den von Freudenberg erhobenen Einwand (1885 No. 45 dieses Blattes p. 706 unten), »eine über die physiologischen Grenzen hinausgehende Kompression des Kopfes ist als direkt schädlich unbedingt zu verwerfen«.

Welche ist nun die physiologische Grenze? Offenbar diejenige, welche bei Geburten mit vollkommen physiologischen, normalen räumlichen Verhältnissen nicht überschritten wird. Sagen wir, der Kopf muss im Diam. biparietale etwa auf $^1/_2$ cm komprimirt werden, um die Conj. vera zu passiren. Setzen wir also z. B. $^1/_2$ cm als physiologische Grenze. Nun frage ich, was will Freudenberg mit einer Kompression des Kindskopfes in physiologischen Grenzen anfangen, hier, wo es sich um schwer pathologische räumliche Verhältnisse handelt? Was hilft ihm eine Kompression des Kindskopfes von $^1/_2$ cm, wenn die Beckenverengerung (als konstante Größe) kategorisch ein Nachgeben von 2 cm verlangt. Das ist hier eine conditio sine qua non für das kindliche Leben. Freudenberg hat hier nur zu wählen zwischen Überschreitung der physiologischen Grenzen der Kindskopfkompression, so weit es die pathologische Verkürzung der Conjugata verlangt, behufs Rettung des kindlichen Lebens oder — der Perforation.

Da er die Überschreitung der physiologischen Grenze in pathologischen Fällen unbedingt verwirft, so verwirft er natürlich auch unbedingt die Rettung des Kindes, die nur auf diese Weise möglich ist.

Was thut denn nun aber Freudenberg, wenn er bei pathologischer Verkürzung der Conjugata die Zange anlegt? Er zwingt den biparietalen Diameter (10 cm) des Kindskopfes auf das von der Conjugata verlangte Maß (sagen wir 8 cm) zurückzugehen. Nennt er das hier der Zange zu Liebe auch »physiologische Grenze«? Er bewegt sich also hier weit auf pathologischem Gebiet, aber nicht nur in Grenzen, die durch die Verhältnisse unbedingt verlangt werden, nein, er geht noch weiter, er vergrößert zuerst noch den normalen queren Kopfdurchmesser durch die Zange, um ihn alsdann durch den unnachgiebigen Engpass der Conjugata zu zwängen. Er macht also durch sein Verfahren die pathologischen Verhältnisse, so zu sagen, noch »pathologischer«, als sie es ohnehin schon sind.

Dass es sich hier in pathologischen Fällen niemals um physiologische Grenzen handeln kann, ist also selbstredend nothwendig, aber es erscheint mir zum mindesten unrecht, die durch den gegebenen Fall nothwendigen pathologischen Grenzen zu überschreiten, wenn man es vermieden kann.

Wie groß die Toleranz des Kindskopfes in dieser Beziehung ist und wie weit man gehen kann in der von mir vorgeschlagenen künstlichen Konfiguration desselben, ohne die Gesundheit oder gar das Leben des Kindes zu benachtheiligen, beweisen jene ungeheuren Verunstaltungen, bis zur Unkenntlichkeit des Kindskopfes, wie wir sie bei verschiedenen Formen der Beckenenge, und besonders wenn letztere gleichzeitig mit Gesichtslage komplicirt ist, beobachten, wo der Kindskopf bekanntlich lang wurstförmig nach hinten ausgezogen wird (ist das auch etwa physiologische Grenze?) und wobei dennoch geistig und physisch gesunde Kinder erhalten bleiben, indem die natürliche Kopfform sich bald von selbst wieder restituirt.

Wenn wir es unternehmen, den Kopf künstlich nach den Erfordernissen des betreffenden Falles zu konfiguriren, so ahmen wir nur das nach, was die Beobach-

tung des Naturvorganges uns gelehrt; nur beschleunigen wir denselben, weil es uns gerade darauf ankommt. Wir können zuversichtlich den Hinweisen und dem Beispiel der weisen Natur auf vorgezeichneten Bahnen ins pathologische Gebiet folgen, ohne Gefahr großen Irrthümern zu unterliegen, wenn wir uns eng an sie anschließen.

Auf p. 707 sagt Freudenberg: »Betrachten wir aber die Situation genauer: Frau in Rückenlage, Kindskopf über dem Beckeneingang, Rumpf durch Assistenz fixirt, so muss zugegeben werden, dass der Operateur volens nolens, sciens nesciens bei dem bisherigen Expressionsverfahren bereits in einer dem Koppe'schen Vorgang ähnlichen Weise verfahren ist und verfahren musste, da er den Kopf in der Richtung der Führungslinie, also zunächst von vorn nach hinten (?) drückte und diesen dadurch quer (?) komprimirte.«

Nun muss ich volens und sciens energisch dagegen protestiren, dass dieses Expressionsverfahren auch nur im geringsten eine Ähnlichkeit mit meinem Verfahren habe. Auch glaube ich nicht, dass irgend Jemand von den Kollegen bisher die Expression in dieser Weise ausgeübt hätte.

Was soll hier die Hervorhebung der Rückenlage der Gebärenden? Was macht hier die Rückenlage zur Sache? Bleiben die räumlichen Beziehungen zwischen Kopf und Becken nicht in jedem Fall dieselben, welche Lage im Raume die Frau auch einnehmen mag? Ferner exprimirt Freudenberg in der Richtung der Führungslinie, wie alle übrigen Operateure das freilich auch thun; nur geht seine Führungslinie von vorn nach hinten, quer durch den Kindskopf, welcher mit seinem Querdurchmesser annähernd parallel zum und über dem Beckeneingang steht. Da nun die Richtung der Führungslinie in diesem Abschnitt eine gerade Linie darstellt und keine Kurve, so geht folglich die Richtung der Freudenberg'schen Führungslinie hinten zum Rücken der Frau hinaus, ohne auch nur an irgend einem Punkte die Beckeneingangsebene zu schneiden, während man doch im Allgemeinen gewohnt ist, die Führungslinie in diesem Abschnitt als eine gerade Linie zu betrachten, welche senkrecht die Beckeneingangsebene schneidet und zwar im Mittelpunkt der Conjugata vera. Also man sieht, Freudenberg hat sich durch seine Führungslinie — natürlich nolens und nesciens, wie er selbst oben zugiebt — zu einem kleinen Irrthum verführen lassen.

Weiter unten sagt Freudenberg: »ich habe stets dann erst dem Druck die Richtung nach unten gegeben, wenn ich spürte, wie der Anfangs senkrecht (?) von vorn nach hinten gepresste Kopf nachzugeben anfing. (Die Richtungsangaben verstehen sich im Sinne des Beckens.«) Ich bedaure, dass Freudenberg nicht die schon einmal angenommenen und allein rationellen, weil präcisen, mathematischen Begriffe benutzt, um die räumlichen Beziehungen klar zu legen.

Was heißt also »senkrecht von vorn nach hinten gepresste Kopf«? Worauf senkrecht? Auf dem Becken etwa, welches ein stereometrischer Begriff ist und daher einen Raum einnehmend, viele Flächen, Kanten und Durchmesser aufweist, auf denen sich senkrechte Richtungen statuiren lassen?

Übrigens hilft uns Freudenberg, indem er uns eben (siehe oben) einen Anhaltspunkt gegeben hat, indem er sagt, dass er den Kopf in der Richtung der Führungslinie, von vorn nach hinten, also quer komprimirte. Also die Richtung von »vorn nach hinten« und »quer« durch den Kopf, steht zugleich senkrecht auf dem Becken (?) und bezeichnet die von ihm statuirte Führungslinie. Diese Richtung würde, wie gesagt, nach allgemein acceptirter Auffassung etwa zusammenfallen mit dem Diam. biparietale des Kindskopfes, welcher erstere bei der fixirten Stellung des letzteren zur Beckeneingangsebene sich mit dieser in keinem Punkte schneiden kann.

Also nachdem Freudenberg in seiner Führungslinie den Kopf quer komprimirte, giebt er seinem Drucke die Richtung nach unten (?). »Unten« soll vielleicht heißen senkrecht auf die Beckeneingangsebene, also in der Richtung der von der übrigen Welt angenommenen Führungslinie. Diese letztere würde sich also mit seiner Führungslinie unter einem Winkel von etwa 90° kreuzen. Was erreicht nun Freudenberg durch diese Manipulation? Nachdem er den Schä-

del quer komprimirt, lässt er das gewonnene Terrain wieder fahren, indem er hier den Druck aufhebt, um den Kopf in seiner senkrechten Dimension abzuplatten, wodurch derselbe nicht nur zu seinen früheren Breitendimensionen, die das natürliche räumliche Missverhältnis bedingten, zurückkehrt, sondern sich noch weiter kompensatorisch in die Breite dehnen muss, um somit das räumliche Missverhältnis künstlich noch zu steigern.

Dasselbe Resultat hätte Freudenberg schneller und müheloser erreichen können, wenn er gleich von vorn herein den Schädel abgeplattet hätte, ohne sich vorher bei der queren Kompression aufzuhalten und kostbare Sekunden zu verlieren.

Gerade dieser Missstand, der sowohl der Zange als auch dem bisherigen Expressionsverfahren gemeinsam anhaftet, nämlich das natürlich gegebene Hindernis noch zu steigern, ist es ja eben, was mich dazu geführt hat, ein Verfahren vorzuschlagen, welches den gerügten Missstand nicht nur nicht theilt, sondern im Gegentheil das bestehende Hindernis bis zu einem gewissen Grade, oder gänzlich, ausgleicht.

Was die wichtige Frage der relativen Dauer der beiden Methoden, Zange und der von mir vorgeschlagene Handgriff, betrifft, so erlaube ich mir folgende, sehr übersichtliche Rechnung vorzulegen:

| Zange. | Manuelle Expression. |
|---|---|
| 1) Natürlich bestehendes räumliches Missverhältnis wird vergrößert, | 1) Natürlich bestehendes räumliches Missverhältnis wird verringert, |
| folglich | folglich |
| 2) die zur Extraktion benöthigte Kraftsumme größer, | 2) die zur Expression benöthigte Kraftsumme kleiner, |
| 3) die mögliche Aufbietung des zur Rettung des Kindes benöthigten Kraftmaßes begrenzt durch das dem betreffenden Operateur zu Gebote stehende Kraftmaß. | 3) die mögliche Aufbietung des zur Rettung des Kindes benöthigten Kraftmaßes unbegrenzt, indem selbiges durch geliehene Hilfe (Assistenz) beliebig, so weit nöthig, gesteigert werden kann. |
| Zu den oben erhobenen Momenten, welche alle die Zeitdauer zu verlängern geeignet sind | Zu den oben erhobenen Momenten, welche alle die Zeitdauer zu verkürzen geeignet sind |
| addirt sich | addirt sich |
| noch die Applikation der Zange, die doch nach Minuten berechnet werden muss, hier, wo jede Sekunde kostbar ist. | Nichts. |

Welche Methode spart also mehr die theuren Sekunden?

Der Katheterismus der Blase, der meinem Verfahren nothwendig vorausgehen muss, wäre nun allerdings ein Aufenthalt, welcher aber dem Zeitverlust durch die Zangenapplikation keineswegs äquivalent ist.

Ich rechne den Katheterismus aber nicht zu den oben aufgeführten Momenten, weil ich denselben auf die Geburtsphase, welche der Extraktion des Rumpfes unmittelbar vorausgeht, verlege, wo die Asphyxie dem Kinde noch fern ist und man Zeit hat, mit Muse vorzugehen. Ist aber aus irgend welchen Gründen der Katheterismus der Blase, deren Füllung bei einer rationell geleiteten Geburt bekanntlich nie hohe Grade erreichen darf, im oben genannten Stadium der Geburt verabsäumt worden und ist man gezwungen, denselben jetzt nachzuholen, so wird man diesen geringen Zeitverlust noch beträchtlich abkürzen können, indem man auch hier, durch Expression auf die Blase wirkend, den Abfluss beschleunigt.

Zur Frage der Zeitdauer der Zangenapplikation stellt Freudenberg folgende These auf: »Das Märchen von der schwierigen oder zeitraubenden Anlegung der Zange an den nachfolgenden Kopf ist längst widerlegt.« Widerlegt?? Schon längst?? Wann?? Von wem?? Ich gestehe, diese Nachricht überrascht mich. Doch scheint mir damit die Sache noch nicht abgemacht. Ich wage zu zweifeln, dass Freudenberg mit dieser Behauptung allgemeinen Glauben finden dürfte. Ich

glaube im Gegentheil, dass diejenigen, die viel mit der Zange gearbeitet haben, auch Gelegenheit gefunden haben werden, sich vom Gegentheil zu überzeugen, und daher nicht ohne Weiteres mit ihm übereinstimmen können.

So leicht und relativ schnell (dennoch eine Minute oder darüber) die Zangenapplikation an den »zangengerecht« stehenden Kopf gelingt, so schwierig und zeitraubend ist sie bei über dem verengten Beckeneingang hochstehenden eingekeilten Kopfe. Ich glaube, dass wenige geburtshilfliche Operationen eine so große Geschicklichkeit und eine so große sich Zeit nehmende Umsicht und Vorsicht zur schonenden Überwindung der bestehenden Schwierigkeiten erfordert, als gerade die Zange am hochstehenden Kopfe, und die trotzdem in jedem Fall für die Mutter gefahrvoll und für das kindliche Leben häufig genug nutzlos ist.

Ich wende mich noch gegen einen letzten Einwand Freudenberg's, der eigentlich gar kein Einwand ist. Er sagt, Credé habe in der letzten Zeit sehr zufriedenstellende Resultate mit der Zange veröffentlicht. Dieser Umstand ist mir ebenfalls sehr wohl bekannt. Doch verstehe ich nicht, was Freudenberg damit eigentlich will. Ist es denn nicht natürlich, ja nothwendig, dass der eine Operateur bei derselben oder gleichwerthigen Methode bessere Resultate erzielt und erzielen muss, als der andere? Das liegt naturgemäß daran, dass der eine über eine größere persönliche Geschicklichkeit, über eine größere persönliche Kraft disponiren muss, als der andere, und dass dem entsprechend auch seine Erfolge bessere sein müssen, als die anderer; besonders dann noch, wenn er zu den genannten Eigenschaften noch die Umsicht vereinigt, möglichst frühzeitig einzuschreiten, ehe die kindliche Asphyxie die höchsten Grade erreicht hat. Ich kann nicht glauben, dass Freudenberg im Ernst Resultate und Erfahrungen mit jetzt bekannten Methoden an die Seite stellen will, den Erfolgen eines Verfahrens, welches bis jetzt von Niemand versucht und gekannt ist und folglich einer Kritik und einer Parallele vorläufig noch gar nicht unterliegen kann.

Ich komme also am Schlusse unserer Diskussion wieder auf dasselbe Resultat, wie früher, zurück. So unersetzlich die Zange am vorausgehenden Kopfe ist, so entbehrlich ist sie es am nachfolgenden, wo wir eine geeignete Handhabe zur Extraktion am Rumpfe besitzen, wo wir durch eine rationelle Expression mit ungleich größerer Kraft bei verringertem Widerstande schnell auf die Beendigung der Geburt wirken können, um ein kompromittirtes kindliches Leben zu retten.

Dieser seit Jahren von mir erprobte Modus der Expression des nachfolgenden hochstehenden Kopfes, dessen Resultate mich in dem Maße mehr und mehr befriedigten, als ich ihn mir durch Gewöhnung mehr und vollkommener aneignete, hat in mir die Überzeugung geschaffen und mehr und mehr befestigt, dass derselbe der Zange in allen Beziehungen überlegen ist.

Ich hoffe das Gleiche von den Kollegen, die es ernstlich damit versuchen wollen und sich nicht von den ersten vielleicht zufälligen oder nothwendigen (weil nur durch Perforation zu überwindenden) Misserfolgen zurückschrecken lassen, und sich in Folge dessen nicht voreilig ein absprechendes Urtheil bilden.

Es kann gelegentlich Jeder unter seinem Augenschein das sich vollziehen sehen, was ich durch meinen Modus anstrebe, wenn er den Kopf eines eben geborenen lebendigen oder auch todten Kindes zwischen seinen Händen oder mit der Zange kräftig komprimirt. Dieses Experiment, besonders am todten Schädel mit großer Kraft ausgeführt, wird Jedem zur unmittelbaren Anschauung bringen, welch hohe Grade der Verkleinerung der kindliche Schädel in seinem queren Durchmesser fähig ist, indem die Knochenränder sich über einander verschieben und die Kopfhaut sich in Falten legt und wie dadurch eine kompensatorische Dehnung in allen auf diesen senkrechten Durchmessern zu Stande kommt. Dieses Experiment wird ferner Jedem die unmittelbare Vorstellung und a priori die Überzeugung von der Wirkung dieses Handgriffs nahe legen, auch wenn der Kindskopf hinter den Bauchdecken der Mutter den Blicken entzogen ist.

---

## 1) **Felsenreich** (Wien). Die Behandlung der Placentarperiode.

(Wiener Klinik 1886. Januar. 1. Hft.)

Die unleugbare Thatsache, dass auch heut zu Tage noch bezüglich des Verhaltens des Arztes in der Nachgeburtsperiode große Unklarheit herrscht und die Erfahrung, welche jeder mehrbeschäftigte Geburtshelfer machen kann, dass durch die Verworrenheit der Ansichten, insbesondere in der Aufstellung der Indikation für manuelle Lösung der Placenta, viel gesündigt wird, haben F. veranlasst, einem ärztlichen Auditorium den momentanen Stand der Frage in einem geistvollen Vortrage aus einander zu setzen und war dies ein von den praktischen Ärzten, welche aus den Lehrbüchern leider nur zu häufig in diesem Punkte keine genügende Aufklärung finden, gewiss mit großem Danke gelohntes Unternehmen. Erst durch Ahlfeld's genaue Untersuchungen trat die Physiologie der Nachgeburtsperiode in ein helleres Licht und F. entwickelt, sich an diese neuen Resultate haltend, Eingangs seines Vortrages seine Ansichten über die normale physiologische Ausscheidung der Placenta.

Der von Ahlfeld so warm befürworteten exspektativen Methode, welche allerdings an Freund, Kabierske, Teuffel und Dohrn Anhänger gefunden, bei welcher sogar 1½—2 Stunden zugewartet und dann erst nach vorausgegangenem Katheterismus und Einstellung des verlagerten Uterus in die Mittellinie durch leichte Expression die Placenta herausbefördert werden soll, kann F. nicht beipflichten, indem er mit Recht bemerkt, dass dieselbe keine günstigeren Resultate als die ihr gegenüber stehenden Methoden, der sogenannte Dubliner und der Credé'sche Handgriff, liefert. Ahlfeld wirft diesen beiden letzteren schwere Folgen vor und ist es ja auch gewiss nicht zu leugnen, dass, wenn dieselben nicht kunstgerecht oder roh ausgeführt werden, damit eher Schaden als Nutzen gestiftet werden kann, die Resultate aber, die damit erzielt werden können, die richtige Ausführung vorausgesetzt, sind, wie F. an nachstehender, das reiche Material der Klinik C. Brauns in Wien von 4½ Jahren umfassenden statistischen Tabelle nachweist, eben so gut, wenn nicht besser, wie die Ahlfeld's.

In 4½ Jahren wurden an obengenannter Klinik 13 904 Geburten beobachtet.

Das puerperale Morbiditätsprocent = 6,78, das puerperale Mortalitätsprocent = 0,44. Die höchste Zahl erreichte die Morbidität im 3. Quartale 1881 = 11,9%, die niederste Zahl im 3. Quartale 1883 = 2,7%. Die höchste Zahl erreichte die Mortalität im 1. Quartale 1882 = 1,14%; die niederste Zahl im 3. Quartale 1884 = 0,00%.

Bei diesen 13 904 Geburten wurde nur 51mal die Placenta gelöst, bei 25 Erst- und 26 Mehrgebärenden, darunter erkrankten 10 Wöchnerinnen und 1 starb. Also nur in 0,37% der Fälle war die manuelle, intra-uterine Lösung nöthig. Vergleichsweise folgen

die Zahlen der Wiener Kliniken aus den Jahren 1863 und 1864. Unter 17 968 Geburten wurden damals 65 Placentarlösungen vorgenommen, mithin in 0,36 % der Fälle.

F. ertheilt weiter den Ärzten den wohlgemeinten und beherzigenswerthen Rathschlag, keine Placentarlösung vorzunehmen, bevor nicht die übrigen Manipulationen, welche der Pat. den schweren und schmerzhaften Eingriff ersparen und die Gefahren im Puerperium für sie bedeutend herabsetzen können, versucht sind. Schließlich warnt F. mit Recht vor den seiner Zeit üblichen, aber auch heut zu Tage noch von praktischen Ärzten manchmal in Anwendung gezogenen Ausspülungen des Uterus mit Lösungen von Ferrum sesquichl. bei atonischen Blutungen.

Jedem praktischen Arzte wollen wir hiermit die Lektüre dieser Schrift wärmstens anempfehlen, da dieselbe bei ihrer Kürze doch diese wichtige Frage vollends erschöpft. **Peters** (Wien).

---

2) **F. Winckel.** Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 795 S. 8. mit 132 Holzschnitten und 8 lithograph. Tafeln.

**Leipzig, S. Hirzel,** 1886.

Von Lehrbüchern der speciellen Gynäkologie sind während der letzten 7 Jahre in England und Frankreich je 7, in Amerika 5, in Deutschland, resp. in deutscher Sprache, außer dem unter der Redaktion Billroth's und Lücke's, von Bandl, Billroth, Breisky, Chrobak, Fritsch, Gusserow, Hildebrandt, Mayrhofer, P. Müller, Olshausen, Zweifel und Winckel bearbeiteten Handbuche der Frauenkrankheiten, nur 4 neu erschienen, resp. neu aufgelegt worden — die Werke von C. v. Braun, H. Fritsch, A. Martin und K. Schröder.

Wäre die Zahl der letzteren aber auch eine viel größere, so würde doch die Hoffnung des Verf.s, dass sein Buch noch ein Plätzchen finden werde, keine irrthümliche sein, da kaum Jemand mehr zur Abfassung eines Lehrbuches der Gynäkologie berufen sein kann als gerade W., der langjährige Leiter zweier der größten gynäkologischen Institute, früher der Dresdener, jetzt der Münchener Frauenklinik.

Einen ganz besonderen Werth erlangt das W.'sche Buch dadurch, dass der Autor, wie er selbst sagt, das nonum prematur in annum wohlbedacht, und erst an die Abfassung seines Werkes gegangen ist, nachdem er durch eine fast 25jährige klinische Praxis sich über die meisten Gebiete seiner Wissenschaft ein eigenes selbständiges Urtheil gebildet hatte.

In Folge davon sind die meisten Kapitel nicht nur mit einer fast erschöpfenden Genauigkeit, sondern, was für den Studirenden wie für den Arzt noch viel wichtiger ist, mit einer kritischen Schärfe bearbeitet, die den Leser keinen Augenblick im Zweifel lässt, was der Verf. selbst als das Beste und Nachahmenswerthe erkannt hat.

Auch die Methode der Darstellung, die Eintheilung und Gliederung des Stoffes, die Einfügung interessanter Krankengeschichten, geistreicher Aperçus etc. ist eine außerordentlich ansprechende, sie liefert den Beweis, dass der Autor nicht nur ein hervorragender Forscher, Diagnostiker und Therapeut, sondern auch ein Lehrer ist, der nicht nur die Examensbedürfnisse der Studirenden zu befriedigen, sondern auch das wissenschaftliche Interesse derselben zu wecken und zu beleben weiß.

In der Einleitung knüpft Verf. an eine ganz kurze Übersicht über den Entwicklungsgang der neueren Gynäkologie recht beherzigenswerthe Warnungen vor einem zu großen Operationseifer, der wie in England und Amerika, so auch in Deutschland einige und namentlich jüngere Gynäkologen befallen zu haben scheint. Sehr am Platze ist hier ferner die Beschreibung des gynäkologischen Phantoms, an dem Referent schon 1 Jahr vor der ersten W.'schen Publikation ausländischen Ärzten, im vergangenen Sommer auch Studirenden Unterricht in der praktischen Ausführung zahlreicher gynäkologischer Operationen und Untersuchungsmethoden gegeben und das sich ihm gleichfalls sehr gut bewährt hat.

Dasselbe vermag vollkommen die Operationsübungen an Leichen zu ersetzen, ist aber nicht mit den Unannehmlichkeiten und Gefahren derselben verknüpft.

Die 7 Hauptabschnitte behandeln die Bildungsfehler und Erkrankungen 1) der äußeren Geschlechtstheile, 2) der Scheide, 3) der Gebärmutter, 4) der Eileiter, 5) der Eierstöcke, 6) der Gebärmutterbänder, des Bauchfells und Beckenbindegewebes, 7) der weiblichen Brüste.

Den letzten Abschnitt würden wir lieber vermissen als die vom Verf. absichtlich weggelassene Anatomie der weiblichen Sexualorgane. Auch die Besprechung der Hysterie in einem besonderen Kapitel wäre wohl für die Studirenden und Ärzte von Vortheil gewesen. Die allgemeine Gynäkologie, die bis auf kurze, in den Text eingefügte Fragmente über die Uterussonde, die Specula, Injektionen und Blutentziehungen, gleichfalls fehlt, gedenkt Verf. später noch besonders herauszugeben.

Die zahlreichen Abbildungen verdienen größtentheils das Lob der getreuen Natürlichkeit, einige würden vielleicht an Deutlichkeit noch gewinnen, wenn sie in ein Beckenschema gezeichnet wären.

Die Abbildungen der wichtigeren Instrumente sind nicht in den Text eingefügt, sondern als Atlas von 8 lithographischen Tafeln dem Buche angehängt.

Die Litteraturangaben umfassen nur die letzten 7 Jahre, sie bilden die Fortsetzung derjenigen des Billroth-Lücke'schen Sammelwerkes, sind aber außerordentlich genau und umfassend. Aus der reichen Fülle des interessanten Stoffes können wir hier nur Weniges erwähnen.

Über viele der seltensten Affektionen und Befunde berichtet Verf. aus eigener Anschauung. So sah er hypertrophische Nymphen

von 11,5 cm Länge, 4 Fälle von Lupus, 3 von Sarkom der Vulva, 2 der Hernia vagino-labialis (mit phothographischer Abbildung).

Wie Hildebrandt hält auch W. die Bartholin'sche Drüse für den Sitz der weiblichen Pollutionen. Die Perineoplastik führte er 65mal aus, 60mal gelang sie durch einmalige Operation. Er operirt schon 2—3 Wochen nach der Entbindung, bei Misserfolg der ersten Operation nach derselben Zeit zum 2. Male. Er näht mit Fil de Florence, legt die Hauptnähte von der Vagina aus, Mastdarmnähte aber überhaupt nicht. Für die erste Defäkation wird schon am 3. Tage gesorgt, Opium nicht gegeben.

Bei der Behandlung des Vaginismus sah er gute Erfolge nur von der totalen Excision des Hymens mit nachfolgender methodischer Dilatation des Introitus.

Die excidirten Hymenpartien zeigten eine fibröse Hypertrophie des Stroma mit papillärer Wucherung der Epitheldecke.

Gegen den Scheidenvorfall verwendet er in schwierigen Fällen die gestielten Martin'schen, in seltenen Fällen auch noch die gefährlichen — Ref. — Zwank'schen Pessare.

Bei der Kolporrhaphie legt W. nur tiefe Nähte von Fil de Florence, dagegen keine versenkten oder oberflächlichen.

Bezüglich der fehlenden Urinfisteln wird auf das eigene Handbuch der Blasenkrankheiten verwiesen.

Sehr ausführlich an der Hand eigener Fälle und mit zahlreichen Abbildungen sind die Bildungsfehler des Uterus bearbeitet.

Eine Perforation des Uterus mit der Sonde ist W. bisher nicht passirt, wenigstens hat er sie nicht diagnosticirt.

Bei den Lage- und Gestaltveränderungen des Uterus hält er sich eng an die klassische Darstellung von B. S. Schultze unter theilweiser Benutzung von dessen instruktiven Zeichnungen.

Den Prolapsus uteri fand er bei der ärmeren Bevölkerung nicht wesentlich häufiger als bei der vermögenden.

Die Kolporrhaphie zur Beseitigung des Vorfalls ist in seinen Augen eine ungefährliche, aber sichere Operation und nicht nur auf die schlimmsten Fälle zu beschränken.

Sehr anerkennenswerth ist die Selbstverläugnung, mit welcher er den Methoden der Kolporrhaphie von Hegar und Bischoff auch vor der eigenen den Vorzug giebt.

Intra-uterin-Stifte wendet Verf. noch gegen Dysmenorrhoe und Sterilität in Folge von Anteflexio uteri an; in 50 Fällen entstand 2mal Parametritis.

Dass nach Eintritt der Gravidität bei noch liegendem Stifte derselbe erst um die Mitte der Gravidität entfernt werden soll, ist wohl ein Versehen (p. 332).

Mit Recht tritt W. Schultze gegenüber für die Sondenreposition des retroflektirten Uterus als für das im Allgemeinen leichtere und schonendere Verfahren in die Schranken.

Die Alexander-Adam'sche Operation — Verkürzung der Ligamenta

rotunda zur Beseitigung von Prolapsus und Retroflexio uteri — wird absprechend beurtheilt.

Die Totalexstirpation des Uterus und zwar die vaginale soll nur gemacht werden, wenn bei Cervixcarcinom der Körper, bei Körpercarcinom der Cervix schon erkrankt, die Umgebung des Uterus aber noch völlig frei ist. Bei Beschränkung der Neubildung auf die Portio, den Cervix resp. das Corpus uteri, sollen nur die erkrankten Partien unter Schnittführung im Gesunden entfernt werden.

Im Kapitel »Myome« findet sich das sehenswerthe Photogramm einer Frau mit einem 78 kg schweren Cystenmyome.

Die Myomotomie soll bei der großen Gefährlichkeit dieser Operation auf die äußersten Fälle beschränkt werden; als Indikationen erkennt er nur cystische Degeneration mit rascher Zunahme und Vereiterung der Geschwulst an, dagegen nicht schnelles Wachsthum, starke Blutungen, Schmerzen und Druckerscheinungen. Er ist unbedingter Anhänger der intraperitonealen Stielversorgung. Wie Olshausen hat auch er wiederholt Gummischläuche versenkt und reaktionslos einheilen sehen. Die Kastration bei Myom hat er nur 1mal ausgeführt.

Gegen die Blutungen erwiesen sich erfolgreich der systematische Gebrauch von Ergotin, die Hydrastis canadensis und Heißwasserirrigationen von 37—40° R.

Injektionen von Liquor ferri sesquichlorati werden nur gegen lebensgefährliche Blutungen empfohlen.

Besonders lesenswerth sind die Kapitel über die Ernährungsstörungen des Uterus und die Anomalien der Menstruation.

Die diagnostische Punktion bei Ovarientumoren hält W. noch für zweckmäßig; auch zu therapeutischen Zwecken nimmt er dieselbe noch vor, bei kleinen Tumoren von der Scheide aus.

Bei nicht über apfelgroßen Ovarientumoren — selbst Dermoidcysten beobachtete W. unter innerlichem und äußerlichem Jodgebrauch, jodhaltiger Soolbäder etc. Verkleinerung derselben, in einem Falle bis zur normalen Größe.

Die Ovariotomie wird in dem Krankenzimmer und auf dem Bett ausgeführt, in welchem die Pat. dann liegen bleibt, unter Spray und Benutzung eines relativ großen Instrumentenapparates. Er selbst sowohl als die Assistenten setzen vor der Operation Kopf und Gesicht einige Zeit dem Spray aus.

Die Bauchhaut wird nach der Waschung mit 5%iger Karbollösung noch mit unverdünntem Spiritus abgerieben. Der Stiel wird nach vorheriger Klammerung in 2—4 Partien unterbunden und versenkt, Blutungen nach Lösung von Adhäsionen, auch solche aus der Darmwand, werden durch Betupfen mit Liquor ferri gestillt.

Die Vereinigung der Bauchwunde erfolgt durch bloße tiefe Suturen von Fil de Florence. Der erste Kompressivverband wird nach 10 bis 12 Tagen zur Entfernung der Suturen abgenommen und durch einen zweiten bis etwa zum 24. Tage liegen bleibenden ersetzt.

Um Embolien vorzubeugen, bleiben die Operirten 3 Wochen liegen.

Unter 120 Ovariotomien kam weder Tetanus, noch Shock oder Darmeinklemmung zur Beobachtung; nur 1mal blieb die Operation unvollendet (maligner Tumor). Von den 120 Operirten starben 25 = 20,8%. In der vorantiseptischen Zeit starben 65%, nach Einführung der Antisepsis nur 12%.

Die Drainage wird nicht mehr angewandt. Interessant sind die Beobachtungen multipler Follikelhämorrhagien der Ovarien nach Petroleumverbrennung (3mal) und nach Phosphorvergiftung (2mal).

Jede Kastration, so weit sie in der Entfernung nicht nachweislich erkrankter Ovarien besteht, hält W. für einen Fehler und für eine Verirrung und spricht die Hoffnung aus, dass derartige Operationen in Zukunft die gleiche Beurtheilung, d. h. strenge Verurtheilung finden möchten wie die früher auch vielfach ausgeführte Clitoridectomie.

Druck und Ausstattung des Werkes sind vorzüglich und können wir dasselbe Ärzten sowohl wie Studirenden auf das Wärmste empfehlen. **Schwarz** (Halle).

---

# Kasuistik.

3) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Hamburg.

Sitzung vom 2. März 1886.

Vorsitzender: Herr Reusche, Schriftführer: Herr K. Jaffé.

Herr Steffann (als Gast): Zur Kasuistik des Kaiserschnitts.

Der Fall betraf ein gracil gebautes, rachitisches Mädchen, deren Menses zuletzt im Mai vorigen Jahres sich gezeigt hatten. Ihre Größe betrug 1,19 cm; die Beckenmaße waren: Sp. i. 24 cm, Cr. i. 23 cm, Tr. 27 cm, Conj. diag. 6 cm, Conj. vera wurde auf 5 cm taxirt. Das Kreuzbein erschien stark ausgebuchtet. Vortr. sah Pat. zuerst im Juli 1885 und plante einen künstlichen Abort, der aber durch das Ausbleiben der Pat. bis December vereitelt wurde. Nun wurde das Ende der Gravidität abgewartet und am 28. Januar 1886 die Porro'sche Operation ausgeführt. In der Technik folgte Vortr. den Vorschriften P. Müller's und Sänger's. Zuerst Desinfektion der Vagina mittels 5%igem Karbol, dann Tamponade derselben mit Sublimatgaze. Provisorische Naht des eröffneten Peritoneums an die Bauchwand, Uterus nach außen luxirt und am Cervix durch eine Kautschukligatur abgebunden. Nach Eröffnung des Uterus mitten durch die (vorn inserirte) Placenta wurde ein lebendes Kind entwickelt und abgenabelt. Hierauf Verschluss der Bauchwunde bis an den Uterus, Amputation des letzteren und Fixation des Stumpfes in der Bauchwunde durch eine Lanzennadel. Dauer der Operation 3/4 Stunden. Der Verlauf nach der Operation war nicht ganz aseptisch. In den ersten Tagen Erbrechen, später hohes, meist remittirendes Fieber bis zu 40° C. bei einem Puls von 130 bis 140. Von lokalen Störungen wurden am 6. Tage belegte Ulcerationen in der Vagina, am 9. Tage ein Abscess oberhalb des inzwischen mumificirten Stieles beobachtet. Das Fieber fiel erst vom 14. Tage an, am 19. stand Pat. auf und wurde bald darauf geheilt aus der Behandlung entlassen. Zur Zeit (2. März) befinden sich Mutter und Kind völlig wohl.

Diskussion. Herr Schütz erinnert an eine Sectio caesarea, die Dr. Oberg im vorigen Jahr gemacht habe. Hier waren die Beckenverhältnisse ähnliche, wie in S.'s Falle. Die Conj. vera maß freilich nur ca. 4 cm. Die Operation wurde 4 Wochen vor Ende der Gravidität ausgeführt, nach Sänger's Vorschriften gemacht und verlief für die Mutter günstig. Von den Kindern (es handelte sich um Zwillingsgeburt) war eins todt, das andere blieb am Leben.

Herr Prochownik hat bisher 2 Kaiserschnitte (1 Porro, 1 nach alter Methode) gemacht, davon 1 mit günstigem, 1 mit ungünstigem Ausgange.

Herr Voigt machte vor Jahren eine Sectio caesarea wegen drohender Uterusruptur bei einer Frau mit Myomen der Gebärmutter. Frau und Kind blieben am Leben. Seither sind die Myome stark gewachsen. Solche Fälle eignen sich ganz besonders für den Porro.

Herr Happe hat 2 Kaiserschnitte gemacht, 1 bei Osteomalakie (Tod der Mutter 2 Monate post operationem), 1 bei rachitischem Becken (Tod in Folge der Operation).

An der ferneren Diskussion betheiligen sich noch die Herren Fressel, Jaffé und Fränkel.

---

## 4) Verhandlungen der geburtshilflichen Gesellschaft von New York.

Sitzung vom 3. und 17. November, 1. December 1885.

(Amer. journ. of obstetr. 1886. Januar. p. 55.)

Janvrin zeigt eine Cyste beider Eierstöcke vor mit einem sich nach dem Mastdarm erstreckenden Divertikel. Der Fall betraf eine 48jährige Frau. Dieselbe hatte 1mal vor 25 Jahren geboren, dabei starken Dammriss davongetragen. Seit jener Zeit hatte sie starke Schmerzen in der rechten Seite. Dann erlitt sie noch zwei Aborte, den letzten vor 10 Jahren. Zwei Jahre später bemerkte sie bei der Stuhlentleerung, dass ein Bündel Haare sich aus dem Mastdarm hervordrängten. Mit vieler Mühe und Schmerzen gelang es ihr, dieselben herauszubefördern. Einen Arzt sah die Kranke zu jener Zeit nicht. Es stellte sich allmählich hartnäckige Verstopfung ein, zugleich fing der Leib an sich stärker auszudehnen. Diagnose wurde auf eine Eierstockgeschwulst gestellt.

Bei der Operation zeigte sich, dass die Geschwulst vom rechten Eierstock ausgegangen war, dieselbe enthielt mehrere Liter Flüssigkeit, daneben zwei Dermoidcysten, welche eine Menge Haare enthielten. Nach links hin erstreckt sich die Geschwulst tief in das Becken, so dass die Lösung viel Schwierigkeit und Blutverlust verursachte. Es fand sich nun, dass sich weiter eine fibröse Verlängerung der Geschwulst in der Richtung des Mastdarmes hin erstreckte. Bei Zug an diesem Fortsatz riss das Rectum ein und durch die Öffnung wurde ein kleines Diverticulum, welches an dem Fortsatz anhing, herausbefördert, auf welchem eine Locke schwarzen Haares aufsaß, welche mit Koth besudelt war. Mit großer Mühe gelang es, die Wunde des Rectum mittels der fortlaufenden Naht zu schließen. Die Heilung erfolgte nach Verlauf von zwei Monaten.

J. ist der Meinung, dass es sich um eine Dermoidcyste handelte, welche mit dem Mastdarm verwachsen, die Wand derselben durchbrach, worauf im Laufe der Zeit die Cystenwand zum Schwunde kam.

In der Diskussion bemerkte unter Anderen T. A. Emmet, dass er vor einigen Jahren einen Fall von Beckengeschwulst beobachtete, in welchem eines Tages eine Menge Cysteninhalt mit Haaren durch den Mastdarm entleert wurde, worauf die Geschwulst verschwand.

Coe macht darauf aufmerksam, dass bei Olshausen, Krankheiten der Ovarien, sich eine ganze Reihe von Fällen angeführt fänden, in welchen Dermoidcysten nach Mastdarm, Scheide, Blase, selbst durch die Bauchwandungen durchgebrochen seien.

Janvrin zeigte weiter das Präparat eines cystischen Eierstockes mit Pyosalpinx, welchen er mit gutem Erfolg mittels Laparotomie entfernt hatte. Der Fall bot das Interessante, dass zu wiederholten Malen sich größere Mengen Eiter per vaginam entleert hatten.

T. A. Emmet fragt an, ob Jemand der Anwesenden einen Fall von Pyosalpinx bei einer Unverheiratheten beobachtet habe. Er selbst habe solche Fälle nur bei verheiratheten Frauen gefunden, deren Männer Strikturen hatten.

Aus der Versammlung werden von Hunter und Lee Beispiele solcher Erkrankung bei Unverheiratheten angeführt. Letzterer bemerkt, dass wenn auch die

Theorie Nöggerath's betreffs des Zusammenhanges zwischen Pyosalpinx und Gonorrhoe ihre Berechtigung habe, doch nicht zu verstehen sei, warum nicht andere Formen von Entzündungen eben so gut auf die Tuben fortschreiten könnten.

Hunter berichtet über einen Fall von akutem Lungenödem nach Laparotomie, welcher günstig verlief. Die Operation wurde ausgeführt behufs Entfernung der Tuben und Eierstöcke bei einem 24jährigen Mädchen, welches während vierzehn Jahren an zur Menstruationszeit auftretenden epileptischen Anfällen gelitten hatte, gegen welche Alles vergeblich versucht worden war, und welche drohten zum Irrsinn zu führen. Die Operation wurde beschlossen, nachdem in der Narkose ein vergrößertes, prolabirtes Ovarium konstatirt war. Dieselbe verlief ganz glatt, dauerte eine halbe Stunde, die Narkose mittels Äther. Eine Stunde nach der Operation wurde die Kranke blau und komatös, es trat Rasseln über die ganze Lunge auf. Trotz aller angewandten Mittel schien der Fall nach 5 Stunden hoffnungslos. Gegen Erwarten trat dann Besserung ein. Herz und Lungen waren gesund. Die Äthernarkose war sorgfältig geleitet, nicht über 250 g verbraucht. H. findet die Erklärung des Zufalles in einer eigenthümlichen nervösen Disposition, vielleicht trat ein epileptischer Anfall während der Narkose ein.

Der Vorsitzende P. Mundé berichtet über nachfolgenden Fall. Eine 30jährige Unverheirathete bekommt nach dem Aufheben eines schweren Zubers Wasser eine Blutung per vaginam und fühlt, wie unter heftigen Schmerzen im Leibe etwas aus der Vulva sich herausdrängte. Die Untersuchung zeigte Vorfall. Derselbe wird reponirt. Den nächsten Tag fand sich die Scheidenschleimhaut stark ecchymosirt. Offenbar war die Scheide gewaltsam von ihren Verbindungen getrennt.

Eine Debatte wird eröffnet über die Ursachen des häufigen Urindranges bei Frauen, in welcher zunächst T. A. Emmet das Wort ergreift. Er betont, dass eine häufige Ursache, die leicht übersehen werde, falls nicht per rectum untersucht wird, in einer Verkürzung der Lig. sacro-uterina in Folge von Entzündung beruhe. In solchen Fällen bestehe ein dauernder Zug an dem Blasenhals. Selten sei die Blase selbst erkrankt. Er berichtet weiter über einen Fall bei einem jungen Mädchen, die lange Zeit wegen Cystitis behandelt wurde und bei welcher vergeblich eine künstliche Blasenscheidenfistel angelegt worden war. E. machte seine »Knopfloch«-Operation an der Harnröhre und die Erscheinungen verschwanden. Es ist sehr gewöhnlich, dass bei dieser Operation Entzündung der Urethralschleimhaut gefunden wird. Ist diese beseitigt, so verschwindet der Urindrang bald. Auch der Blasenkrampf wird durch die Operation geheilt; in Folge des Durchschneidens der Schleimhaut wird die richtige Cirkulation wieder hergestellt. Der antevertirte Uterus kann durch sein Gewicht keinen Urindrang verursachen, nur wenn durch die Lageveränderung ein Zug auf den Blasenhals ausgeübt wird. Die Knopflochoperation hat nicht den Zweck, Blasenentzündung zu heilen, sondern Blasenreizung. Im richtigen Falle angewandt, ist sie stets erfolgreich; wenn nicht, so liegt ein Fehler in der Ausführung vor.

Murray stellt ein lebendes, 14 Tage altes Kind vor mit folgenden bemerkenswerthen Deformitäten. Der rechte Oberarm war im unteren Drittel amputirt; an der linken Hand finden sich nur drei getrennte Finger, der Zeige- und Mittelfinger sind verwachsen und haben einen gemeinsamen Nagel. Beide Unterextremitäten fehlen von den Condylen des Femur an. Der Gaumen zeigt eine Spalte. Die übrigen Kinder der Mutter sind gesund. M. sah den Fall erst, nachdem das Kind bereits geboren, jedoch ehe die Placenta entfernt war, so dass er mit Bestimmtheit behaupten kann, dass kein amputirter Theil sich vorfand.

Hunter zeigt eine Glasröhre vor, wie sie bei Laparotomien zur Drainage Verwendung finden. Das untere Viertel derselben ist ausgefüllt durch Netz, welches durch eine der engen Öffnungen an der Seite eingedrungen war. Nach einer Operation nach Tait war der Glasdrain eingelegt worden wegen Blutung. Als heute Morgen derselbe entfernt werden sollte, zeigte sich ein Hindernis, und als dies mit Kraft überwunden wurde, fand sich, dass ein Stück Netz abgerissen war. Außer leichter Blutung und geringen Schmerzen zeigte sich keine Erscheinung;

wenigstens bis jetzt nicht. Es wird konstatirt, dass die Seitenöffnungen der Glasröhre ungewöhnlich groß sind.

P. Mundé berichtet über einen Fall von Exstirpation eines Uterusfibroides mit unglücklichem Ausgang. Es handelte sich um eine stark blutende breit am Fundus aufsitzende Geschwulst. Nach nur unvollständiger Eröffnung des Cervikalkanales wurde die Kapsel eingeschnitten und der Versuch gemacht, die Geschwulst mittels des gezahnten Löffels zu entfernen. Das Gewebe zeigte sich so weich, dass die Hakenzangen ausrissen. Nach einer Stunde Arbeit fand sich der Rest der Geschwulst so fest mit dem Untergrund verwachsen, dass es unmöglich war, ohne große Gefahr einer Perforation die Operation zu vollenden. Die Kranke, welche sehr heruntergekommen war, ging rasch unter den Erscheinungen von Septikämie zu Grunde.

In der Diskussion bemerkt Skene, dass die Entscheidung der Frage, was bei solchen weichen, im Fundus sitzenden Geschwülsten das Richtige sei, eine sehr schwierige ist. Er für seinen Theil ziehe es vor, falls der Muttermund nicht durchgängig sei, entweder die Eierstöcke zu entfernen oder die Hysterektomie vorzunehmen. Wenn der Tumor so nahe am Bauchfell liege, so sei die Enukleation eine sehr unsichere Operation.

Hunter theilt einen Fall mit, in welchem er drei Tage nach einer Ovariotomie wegen Peritonitis die Bauchhöhle von Neuem eröffnete. Die Peritonealwunde war vollständig geheilt. Es fand sich eine kleine Menge Blut in der Bauchhöhle. Eine Glasröhre wurde eingeführt und dreimal täglich mit Karbolwasser ausgespült. Rasche Besserung.

Wylie berichtet über einen Fall von bösartigem Adenoma uteri, in welchem die supravaginale Hysterektomie gemacht wurde und welcher in Heilung endigte Er betraf eine Frau von 44 Jahren, welche 1mal geboren hatte. Nach lang andauernden Blutungen zeigte sich vor 3 Jahren eine blumenkohlähnliche Wucherung, welche aus dem Muttermund hervorragte. Dieselbe wurde entfernt, die Uterushöhle wiederholt ausgelöffelt, jedoch die Blutungen und Wucherungen traten immer wieder von Neuem auf. Bei der Untersuchung zeigt sich der Uterus von Kindskopfgröße, unregelmäßig geformt. Aus dem offenen Muttermund ragt eine Masse, aus vielen kleinen Körpern zusammengesetzt, hervor. Ein Theil derselben wird entfernt und zur Untersuchung benutzt. Drei Sachverständige geben ihr Urtheil ab. Zwei derselben erklären sie als nicht bösartig, einer war entgegengesetzter Ansicht. Die Diagnose lautete auf Myxoadenom, hyperplastische Endometritis, Epitheliom.

Da die Geschwulst trotz wiederholter Auslöffelung an Umfang zunahm, so beschloss W. die Hysterektomie vorzunehmen. Beinahe der ganze Uterus nebst Tuben und Ovarien wird entfernt. Der Uterus zeigte sich gleichmäßig vergrößert, mit Ausnahme der vorderen Seite, an welcher sich eine eigroße Hervorragung zeigte. Die Ovarien waren vergrößert und cystisch degenerirt. Verlauf der Heilung normal. Die genaue mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um einen Fall von malignem Adenom der Uterusschleimhaut handelte.

Einen weiteren Fall theilt Wylie mit, derselbe betraf eine 43jährige Wittwe, welche zweimal geboren hatte, das letzte Mal vor 17 Jahren. Vor einigen Monaten hörten die Menses auf und der Leib nahm an Umfang zu, so dass Schwangerschaft vermuthet wurde. Genauere Untersuchung zeigte, dass der Uterus normal lang, neben demselben eine Geschwulst sich befand, welche als extra-uterine Schwangerschaft diagnosticirt wurde, behufs deren Unterbrechung Elektricität angewandt wurde. Trotz derselben nahm das Abdomen rapid an Umfang zu. Von dem behandelnden Arzte wurden Herztöne konstatirt. Als W. die Pat. sah, hatte dieselbe drei Tage zuvor einen Anfall von Synkope gehabt, welchem profuse Diarrhoen folgten, worauf der Leib beträchtlich an Umfang abnahm. Bei der Untersuchung zeigte es sich, dass der Uterus nicht vergrößert war, neben demselben fand sich in dem rechten breiten Mutterband eine weiche placentaartige Masse. Etwas einem Fötus Ähnliches ließ sich nicht konstatiren. Behufs Feststellung der Diagnose wird eine Probeincision gemacht. Es fand sich ein großer, elastischer

dunkelfarbiger Tumor in dem rechten breiten Mutterband. Derselbe hatte das Aussehen einer erweiterten Tube oder eines der Uterushörner, welches dilatirt war. Die Geschwulst wurde punktirt, es entleerten sich $1^1/_2$ Liter strohgelber Flüssigkeit; der Eierstock war nicht zu fühlen. Die Cystenwand wurde mit der Bauchwunde vereinigt. Heilung rasch ohne Zwischenfall. Die Untersuchung der excidirten Stücke der Cystenwand ergab, dass es sich um eine erweiterte Tube gehandelt hatte. **Engelmann** (Kreuznach).

### 5) **M. Gates.** Eine seltene Komplikation von Uteruskrebs.

(Polyclinic 1885. No. 6.)

Bei einer 46jährigen Multipara, welche seit 2 Jahren an einem nicht ulcerirenden Uteruscarcinom gelitten, stellten sich einige Zeit vor dem Tode Symptome ein, welche auf ein Nierenleiden schließen ließen. Sie starb, nachdem eklamptische Anfälle aufgetreten, im Koma. Bei der Sektion fanden sich beide Ureteren dilatirt, der linke auf 1 Zoll Durchmesser, linksseitige hochgradige Hydronephrose, rechtsseitige geringe. Die Ursache dieser Veränderungen lag in krebsiger Erkrankung des Blasengrundes und hierdurch herbeigeführter Verlegung der Ureterenmündungen. **Graefe** (Halle a/S.).

### 6) **N. Charles** (Lüttich). Eklampsie bei einer im 7. Monat Graviden. Part. praemat. eines lebenden Kindes. Tod der Mutter.

(Journ. d'accouch. 1885. No. 9.)

20jährige Igravida. Starke Ödeme. Eklamptischer Anfall im 7. Monat der Gravidität, dem bald weitere folgen. Schnelle Geburt eines lebenden Knaben. Neuer Anfall. Tiefes Koma. Morph. 0,02. Chloral per Klysma. Chloroformnarkose beseitigt auf Stunden die eklamptischen Anfälle, welche sich aber später trotz erneuter Morphium- und Chloralgaben wieder einstellen. Exitus letalis ungefähr nach 36 Stunden.

Ch. schließt dem Fall einige kritische Bemerkungen an. Eingehend bespricht er die Behandlung der Eklampsie. Die von Breus empfohlenen heißen Einwickelungen empfiehlt er zur Beseitigung der Albuminurie bei Graviden. Bei Gebärenden und Wöchnerinnen hat er Erfolge von denselben nicht gesehen, auch von dem Gebrauch von Jaborandi oder Pilokarpin nicht. Ref. hat dagegen bei einer schweren Eklampsie (ante partum 2 Anfälle, post partum 14) nach subkutanen Pilokarpininjektionen, welche prompt starke Diaphorese herbeiführen, zuerst eine Abnahme der Stärke der Anfälle, dann bei wiederholter Anwendung ein Verschwinden derselben beobachtet. **Graefe** (Halle a/S.).

### 7) **Aberdeen.** Fall von Kaiserschnitt.

(New York med. journ. 1885. December 19. p. 686.)

Geburtshindernis, gebildet durch eine gestielte fibröse (?) Geschwulst im Uterusinnern. Klassische Methode mit Uterusnaht. Tod nach 25 Stunden an »prolongirtem Shock«, nachdem Pat. sich stundenlang ganz wohl gefühlt hatte, in Folge von heftiger Gemüthsbewegung, ohne alle Zeichen von Peritonitis. Kind lebend. **Lühe** (Demmin).

### 8) **Hays.** Fall von Kaiserschnitt nach dem Tode der Mutter.

(Med. record 1885. November 26. p. 563.)

Eine Frau im 9. Monat ihrer 14. Schwangerschaft wurde das Opfer einer Apoplexia cerebri, und der hinzugerufene Arzt machte an der offenbar in den letzten Zügen liegenden Mutter den Kaiserschnitt. Das Kind blieb am Leben. **Lühe** (Demmin).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 17.** **Sonnabend, den 24. April.** **1886.**




(Aus der propädeutischen geburtshilflich-gynäkologischen Klinik des Herrn Professor A. J. Lebedeff an der medicinischen Akademie in Petersburg.)

## Über Kastration bei kavernösen Myofibromen des Uterus.


Von

**Dr. E. Goldenberg.**


Zu dem in Schleich's Dissertation »Über Kastration bei Myofibromen des Uterus« beschriebenen Falle vollständiger Genesung einer mit kavernösem Myofibrom des Uterus behafteten Person, durch Kastration (Operateur Prof. Dr. Säxinger) herbeigeführt, halte ich für geeignet, einen analogen, von mir in der Klinik des Herrn Prof. A. J. Lebedeff beobachteten Fall zu veröffentlichen, da es mir nicht gelungen ist, in der mir zugänglichen Litteratur noch einen dritten Fall von Kastration bei kavernösem Myom zu finden und da es hier eben so wie in dem obigen Falle am eklatantesten zu Tage kam, was die Kastration hauptsächlich bei kavernösen Myomen vermöge.

Frau K. M., 45 Jahre alt, IIpara. Seit früher Jugend waren die Menses immer reichlich und meistentheils schmerzhaft. Vom

24. Jahre an begann die Periode häufiger einzutreten, dauerte 8 bis 10 Tage, oft mit so intensiven Schmerzen verbunden, dass die Periode meist im Bette zugebracht werden musste. In der Zeit zwischen den Menstruationen litt die Pat. an Kopfschmerzen, Ohnmachtsanfällen, öfteres Herzklopfen. Dieser Zustand bewog sie im Jahre 1881 ärztliche Hilfe zu suchen. Es wurde zuerst, in der Klinik des Herrn Prof. Lasarewitsch in Charkow, bei der Pat. eine birnengroße Geschwulst im Unterleibe konstatirt. Dieselbe wuchs Anfangs langsam, seit einem Jahre aber sehr rasch. Daneben wurden alle Beschwerden viel heftiger. An- und Abschwellen des Bauches vor und nach der Periode, die bald regelmäßig in kürzeren Terminen, bald unregelmäßig wiederkehrte und den Charakter einer Menstruatio profusa et protracta erhielt. Während der Menses heftiger Schmerz in der Regio iliaca sinistra und im Kreuze. Es trat enorme Anämie und Störung des Allgemeinbefindens ein, die zu einer hochgradigen Abmagerung der Pat. führten. Die verschiedensten Mittel, wie Soolbäder, Arsenik, Eisen, Ergotin u. A. wurden ohne Erfolg gebraucht.

In solch einem Zustande wurde die Pat. in die Klinik aufgenommen am 18. September 1884.

Die genauere Untersuchung ergab einen runden, gleichmäßig festen, von der Kopfgröße eines erwachsenen Mannes, kaum verschiebbaren Tumor, der von der Schoßfuge fast bis zum Nabel emporragte. Der linke Eierstock tastbar. Die Portio vaginalis hypertrophirt, verhärtet, nach links gerichtet, verläuft unmittelbar in der Geschwulst, deren unteres Segment alle Scheidengewölbe außer dem hinteren erfüllt. Corpus und Fundus uteri verlaufen eben so unmittelbar in die Geschwulst. Die Uterushöhle 15,5 cm lang.

Der Befund der Pat. in der Klinik unterschied sich wenig von dem in der Anamnese angegebenen: Gefühl von Völle und Schwere im Unterleibe von wechselnder Intensität, Harndrang, schleimig-eitriger Ausfluss, unregelmäßige, starke Blutungen, welche die ohnedem enorme Anämie und Schwäche unterhielten. Während der in der Klinik verlaufenen Perioden wurde mehrere Mal An- und Abnahme des Tumorvolumens wahrgenommen, wobei der Scheitel der Geschwulst in der Breite von ungefähr zwei Finger sich bewegte. Dazu gesellte sich gewöhnlich Wechsel zwischen relativem Wohlsein und schwerer Störung des Allgemeinbefindens und örtlicher Beschwerden. Die wiederholt vorgenommenen Messungen der Bauchdimensionen präsentirten folgende Zahlen: Maximum des Bauchumfanges (3 Finger breit unter der Nabelhöhe) = 84 cm, vom Processus ensiformis bis zum Nabel = 18 cm, vom Nabel bis zur Symphysis ossium pubis = 18 cm, von der Spina ilei anterior superior dextra bis zum Nabel = 19 cm, von der Spina ilei anterior superior sinistra bis zum Nabel = 19 cm, die maximale Länge der Geschwulst = 16,5 cm über der Schoßfuge, die maximale Breite der Geschwulst = 18 cm.

Es wurde die Diagnose auf Fibromyoma uteri interstitiale cavernosum s. telangiectades gestellt.

Bei der einzuschlagenden Therapie musste eine Radikaloperation als vollständig indicirt erscheinen. Deren Auswahl konnte nur zwischen der Hysterotomie und der Kastration schwanken. Die anerkannten großen Gefahren der ersten schienen in unserem Falle, wo die Pat. so entkräftet war, noch bedenklicher, vermochten sogar den Tod zu befördern. Es wurde daher die Kastration vorgezogen 1) als eine minder gefährliche Operation, 2) da dieselbe schon so viele Mal günstige Erfolge bei gewöhnlichen Fibromen erzeugte; insbesondere aber 3) auf Grund der oben erwähnten Operation vom Prof. Säxinger, wo der Einfluss der Kastration in Bezug auf Menopause und Verschwinden des kavernösen Tumor am eklatantesten sich bestätigte.

Nachdem einige Monate hindurch alle Mittel angewandt wurden, um die gesunkenen Kräfte der Pat. einigermaßen zu steigern, wurde die Kastration von Herrn Prof. A. J. Lebedeff am 20. Januar 1885 ausgeführt.

Die Operation war eine vollständig gelungene. Es wurde eine große Incision gemacht vom Nabel fast bis zur Symphyse. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurde das linke Ovarium aus der Tiefe hervorgezogen, der Stiel mit zwei Gesammtligaturen unterbunden, Eierstock abgetragen, auf den Stumpf noch zwei Gesammtligaturen oberhalb der ersten angelegt. Das rechte Ovarium war schwieriger hervorzuziehen wegen der tieferen Lage desselben und der Kürze des Stieles. Das gelang allmählich und es wurde mit demselben eben so verfahren, wie mit dem linken. Auf den Bauchschnitt wurden 6 tiefe und 11 oberflächliche Nähte angelegt. Die Operation hat 50 Minuten gedauert. Die Reaktion auf den Eingriff war nicht bedeutend. Verlauf nach der Operation fieberfrei.

Es kehrte allmählich Wohlbefinden wieder: Anderthalb Monate lang nach der Operation wiederholte, unregelmäßige, relativ geringere Blutabgänge, dann vollständige Menopause. Allmähliche Verschrumpfung des Tumor, der sich bei der Entlassung der Pat., 6 Wochen nach der Operation, von der Kopfgröße eines 6monatlichen Fötus präsentirte. Zu Hause stellte sich vollkommene Gesundheit ein. Nur an drei Menstruationsterminen kehrten geringe Molimina wieder ohne jede Spur von Blutabgang.

Den 9. Januar 1886, fast ein Jahr nach der Operation, demonstrirte ich die Pat. in der Petersburger Gesellschaft der russischen Ärzte, und zu der Zeit ergab die Untersuchung Folgendes:

Uterus vergrößert, anteflektirt, hart, beweglich, schmerzlos. Der Fundus erreicht den Beckeneingang. Durch das linke Scheidengewölbe betastet man im Zusammenhang mit dem Uteruskörper eine nicht umfangreiche Verhärtung, wahrscheinlich der Stumpf des abgetragenen linken Ovarium. Vom Tumor keine Spur. Die Uterushöhle 9—9,5 cm lang.

Zwei unter gleichen Umständen ausgeführte Operationen und

ein und derselbe glänzende Erfolg. Wenn der Werth der Kastration von mehreren Autoren noch theoretisch abgestritten werden konnte, so fallen alle Widerlegungen derselben gegenüber der von Wiedow[1] zusammengestellten Statistik, die uns dazu berechtigt, die Kastration als die bevorzugte Operation bei Uterusfibromen anzuerkennen. Und wenn dies bei gewöhnlichen Uterusfibromen der Fall ist, so scheint es mir noch von größerem Werthe bei kavernösen Myofibromen zu sein, da es sich bei den letzten nicht nur um einen isolirten Tumor handelt, sondern da der ganze Uterus meist krank erscheint und der Zusammenhang des ganzen Symptomenkomplexes mit der menstruellen Kongestion am klarsten in die Augen springt. Also die Thatsache, dass das durch Abtragung der Eierstöcke anticipirte Klimakterium Menopause und Verschwinden des Tumor hervorrufen kann, erhält in den oben zusammengestellten zwei Fällen von kavernösen Uterusfibromen eine noch glänzendere Verwirklichung als bei gewöhnlichen Fibromen, berechtigt uns ferner diese Erfahrung als einen wichtigen Beweis für die Abhängigkeit der Menstruation von der Thätigkeit der Eierstöcke anzuerkennen, und die Kastration, vorzugsweise bei kavernösen Uterusfibromen, als den geeignetsten Operationseingriff zu schätzen, ohne Rücksicht auf die Größe des Tumor, Alter und Allgemeinzustand der Pat.

---

### 1) **B. S. Schultze** (Jena). Über Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus.

(Deutsche Medicinalzeitung 1886. No. 2—4.)

Verf. berichtet kurz über 3 von ihm ausgeführte abdominale und 9 vaginale Uterusexstirpationen. Nach den bisherigen Statistiken giebt er der zweiten Methode den Vorzug vor der ersten, wenn auch in manchen Fällen wegen der Größe des Uterus die Exstirpation nur p. abdomen ausführbar sein wird. In diesen ist dann der peritoneale Akt der Operation nach Möglichkeit abzukürzen, schon dadurch, dass man vorher das Carcinom von der Vagina aus umschneidet. Kann man das ganze Carcinom noch durch einen Schnitt innerhalb des Cervix umgrenzen, reichlich 1 cm hoch über die tastbare Grenze des Carcinoms, so ist diese Operation vorzuziehen. Wird hierbei jedoch an der hinteren Grenze das Peritoneum eröffnet, so ist bald die Totalexstirpation vorzunehmen. Vor der Operation ist eine sorgfältige Untersuchung in Narkose p. rectum, vaginam und vom Abdomen aus über die Ausbreitung des Carcinoms nöthig. Bei Corpuscarcinom ist ebenfalls die Totalexstirpation vorzunehmen, da die theoretisch eigentlich richtigere Amputation des Corpus uteri vom Abdomen aus bedeutend gefährlicher ist als jene; diese nur im Falle von zu großem Uterus. Eine vaginale Corpusamputation könnte für geeignete Fälle, obgleich bisher noch nicht ausgeführt, in Aussicht

---

[1] Archiv für Gynäkologie 1885. Bd. XXV. p. 299.

zu nehmen sein; bei unmöglicher Vollendung lässt sich leicht der Uterus total exstirpiren. Nach der anderen Seite hin ist man vielfach Irrthümern ausgesetzt, die Grenze der Möglichkeit, das ganze Carcinom noch zu exstirpiren, zu erkennen, trotz genauer Untersuchung in Narkose. In 2 Fällen des Verf. reichte das Carcinom des Lig. lat. dextr., auf das es bereits übergegangen war, bis nahe an die Beckenwand und der freie Abschnitt des Lig. war sehr straff; in beiden Fällen mussten Theile des Carcinoms des Lig. lat. zurückbleiben. Ist dieser kurze Rest jedoch noch dehnbar, so ist totale Exstirpation des Carcinoms noch möglich. Auch bei Aussicht auf Recidive, die bei ergriffenem Lig. lat. wohl ziemlich sicher sind, kann man operiren, da schon ein paar Monate ungetrübten Wohlbefindens ein Gewinn sind. Leider kommen die meisten Carcinome in wenig erfreulichem Zustande zur Operation. Theils kommen die Pat. zu spät zum Arzt — jede Frau mit »weißem Fluss« oder Blutung außer der Zeit sollte bald ärztlichen Rath einholen — theils werden sie von Ärzten ohne örtliche Untersuchung mit inneren Mitteln oder Ausspülungen behandelt; besonders vom 36.—60. Jahre, wo die Carcinome am häufigsten sind, sollte immer eine Diagnose gestellt werden. Andere Carcinomkranke, die zu spät zur Operation kommen, sind bereits längere Zeit trotz sicherer Diagnose örtlich behandelt worden. Ist einmal die Diagnose auf Carcinom gestellt, was durch gleichzeitige Untersuchung p. vaginam, rectum und von den Bauchdecken aus zu geschehen hat, mit besonderem Erfolg in Narkose, speciell vor einer Radikaloperation, so ist der Fall unverweilt einem Operateur zuzuweisen. Zu warnen ist vor dem Auskratzen des blutenden Uterus ohne gestellte Diagnose, die allerdings in manchen Fällen erst nach dem Auskratzen möglich ist, meist aber sicherer zu stellen durch Abtastung der Uterushöhle mit dem Finger nach Dilatation derselben. Selbst wenn die Pat. die Operation ablehnen sollten, ist die palliative Behandlung dann besser auf die richtige Diagnose zu stützen. Daher schließt Verf. mit der Bitte an die Ärzte, bei atypischen Genitalblutungen besonders vom 36. Jahre an eine genaue Lokaldiagnose der Ursache der Blutung zu stellen. **Weidlich** (Breslau).

---

## 2) A. **Ruault** (Paris). Zur Behandlung der hysterischen Attacke.

(L'abeille méd. 1885. No. 42.)

R. ist es oft gelungen, einen hysterischen Anfall durch energische, längere Zeit anhaltende Kompression eines oberflächlich gelegenen Nerven, besonders an seiner Austrittsstelle aus der Tiefe zu koupiren. Besonders geeignet ist der N. supraorbitalis. Der Kopf der Pat. wird mit beiden Händen fixirt, die Daumen auf die Vereinigungsstelle des inneren und mittleren Drittels der Augenbrauen gelegt, wo die Incis. supraorbit. meist leicht zu fühlen, und nun ein wachsender Druck ausgeübt. Der Effekt soll folgender sein: Die

Kranke fängt an die Gesichtsmuskeln schmerzlich zu verziehen, sie stößt manchmal kleine Schreie aus, macht 2—4 kurze Inspirationen; der Thorax bleibt einige Augenblicke in Inspirationsstellung stehen, gleichzeitig kontrahiren sich die hinteren Rumpf- und Nackenmuskeln bis zu leichter Extension, ab und zu selbst Hyperextension der Wirbelsäule. Es folgt eine tiefe Exspiration, die Muskeln erschlaffen; der Anfall ist beendigt. In manchen Fällen muss die Kompression wiederholt werden, da nach kurzer Zeit der Ruhe ein neuer Anfall eintritt. Man kann dies verhindern, wenn man auch ohne dies Ereignis von vorn herein den Druck anwendet.

Der Eingriff wirkt um so leichter, je eher nach Eintritt des Anfalles er angewandt wird. R. gelang es auf diese Weise einen Anfall hysterischer Dyspnoe bei drohender Asphyxie zu koupiren, bei derselben Pat. einen Anfall von Delirium mit Hallucinationen. Außerdem ist er noch bei anderen Fällen in derselben Weise mit Erfolg verfahren. **Graefe** (Halle a/S.).

---

### 3) **Wyman** (Detroit). Drainage der Vagina bei Behandlung des Uteruscarcinom.

(Med. age 1885. No. 22.)

W. hat wiederholt bei jauchenden Uteruscarcinomen die Vagina drainirt mit dem Erfolg, dass bei häufigem Wechsel der das Drain an seinem äußeren Ende bedeckenden Watte der üble Geruch des Sekretes verschwand und das Allgemeinbefinden der Pat. sich wesentlich besserte. **Graefe** (Halle a/S.).

---

### 4) **E. Smith** (Detroit). Ophthalmia neonatorum.

(Med. age 1885. No. 20.)

S. erwähnt, dass in der Gegend Amerika's, in welcher er ansässig, die Blennorrhoea neonatorum äußerst selten sei. Für die Credé'sche Prophylaxe ist er nicht eingenommen, da er der Ansicht, dass die Einträufelung der 2%igen Argentumlösung eine mehr oder minder heftige Conjunctivitis zur Folge hat, außerdem aber die Wirksamkeit des Verfahrens überhaupt bezweifelt. Er führt einen Fall an, wo die Augen eines Neugeborenen genau nach Credé's Vorschrift behandelt wurden, da der Vater an einer frischen Orchitis, die Mutter an starkem Fluor litt. Trotzdem entstand nach 2 Tagen eine heftige Blennorrhoea neonatorum.

S. selbst giebt zu, dass ein einzelner Fall nicht beweisend sei, hält aber an der oben geäußerten Ansicht fest.

Welchen Segen das Credé'sche Verfahren in Deutschland gebracht, braucht dem gegenüber in diesem Blatt nicht weiter erwähnt zu werden. **Graefe** (Halle a/S.).

---

# Kasuistik.

## 5) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 12. März 1886.

Vorsitzender: Herr Kauffmann, Schriftführer: A. Martin.

Nach Erledigung der geschäftlichen Angelegenheiten demonstrirt

I. Herr Stratz einen Durchschnitt durch die Beckenorgane einer Wöchnerin, welcher von Herrn Geh.-Rath Waldeyer geschickt wurde.

Der Schnitt verläuft ziemlich median, das Kreuzbein ist etwas seitlich von der Mittellinie getroffen, im Steißbein wird die Medianlinie genau eingehalten.

Das Becken ist normal, die Darmschlingen sind zum größten Theil entfernt. Die Blase ist leer, zeigt von oben her eine tellerförmige Einbuchtung. Die Verbindung zwischen Blase und Cervix ist stark gelockert und verzogen, so dass der hintere Winkel der Blase etwa 2 cm vom Cervix entfernt ist. Die Harnröhre ist nicht getroffen. Die Vulva ist ziemlich klein, die vordere Scheidenwand etwas prolabirt. Die Scheide verläuft ziemlich horizontal nach hinten. Die Portio steht weit nach hinten und tief, etwa 1 cm unter der Verbindung zwischen unterem Rand der Symphyse und Steißbeinspitze. Der Uterus ist stark anteflektirt, es lässt sich, wie es scheint, ziemlich deutlich das noch nicht ganz zurückgebildete untere Uterinsegment vom Corpus uteri und vom Cervix abgrenzen.

Die genauere Bestätigung dieser Annahme muss noch die mikroskopische Untersuchung liefern.

Vor und hinter dem Uterus sind zwei ziemlich geräumige leere Peritonealtaschen. Der Douglas reicht nur bis in die Höhe des inneren Muttermundes, so dass er nicht median getroffen zu sein scheint. Der Mastdarm ist an mehreren Stellen angeschnitten, befindet sich in mäßig gefülltem Zustand.

Die ganzen Beckenweichtheile scheinen abnorm tief nach unten getreten zu sein.

Im Anschluss daran zeigt Herr Stratz zwei Zeichnungen nach Präparaten, in denen das untere Uterinsegment am 1. und am 6. Tage des Wochenbetts noch auffallend deutlich erhalten war.

Zu dem Präparat bemerkt A. Martin, dass die Abknickung des Corpus uteri auffallenderweise nicht in der Gegend des inneren Muttermundes statthat, sondern am Kontraktionsring, so dass das sog. untere Segment leicht zu dem Collum gerechnet werden könne. Herr Stratz weist darauf hin, dass die genauere Untersuchung des Präparates an dieser ersten Demonstration noch nicht vorgenommen werden konnte.

II. Herr Bokelmann: Über Trübung der Cornea beim lebenden Neugeborenen.

Mit Rücksicht darauf, dass eine ausgesprochene diffuse Trübung der Cornea besonders häufig und hochgradig bei solchen kurz vor der Geburt abgestorbenen Kindern vorgefunden wird, welche längere Zeit in einem mit zersetzten übelriechendem Fruchtwasser angefülltem Uterus sich befanden, hat Vortr. in einer Reihe von Fällen die Augen von Kindern untersucht, die unter entsprechenden Verhältnissen lebend geboren waren und konnte hier in 3 Fällen eine ganz analoge Trübung der Cornea konstatiren. Vortr. giebt eine kurze Darstellung der drei Geburtsfälle, in welchen übereinstimmend die Entbindung nach langer Geburtsdauer, nachdem das Fruchtwasser übelriechend geworden und Tympania uteri eingetreten war, erfolgte. Die Trübung der Cornea war eine bald verschwindende, konnte jedoch einmal noch am 3. Tage nachgewiesen werden.

Vortr. fasst die Erscheinung als eine beginnende Macerationserscheinung auf, die voraussichtlich auf einer Alteration des Hornhautepithels durch den direkten Kontakt mit dem in Zersetzung übergegangenen Fruchtwasser beruht. Er hält es für wahrscheinlich, dass diese Einwirkung des verdorbenen Fruchtwassers auf die kindliche Cornea um so intensiver vor sich gehen musste, je häufiger die Frucht im Uterus die Augen öffnete. Zum Schlusse spricht Vortr. die Vermuthung aus,

dass derartige Kinder vorzugsweise zu Augenerkrankungen in den ersten Lebenstagen disponirt sein möchten.

In der Diskussion fragt Herr Kauffmann, ob der Vortr. eine mikroskopische Untersuchung der getrübten Cornea todter Kinder vorgenommen habe.

Vortr. erwiedert, dass er dies gethan, jedoch keine charakteristischen Veränderungen habe nachweisen können.

III. Herr Löhlein: Zur Ätiologie der sog. Dysmenorrhoea membranacea.

Über Entstehung und Bedeutung der sog. Dysmen. membranacea gehen auch heute noch die Ansichten vielfach aus einander, und auch bezüglich der therapeutischen Erfolge gestehen selbst die neuesten Handbücher resignirt zu, dass dieselben durch den allgemeinen Aufschwung der gynäkologischen Therapie kaum an Sicherheit und Nachhaltigkeit gewonnen haben.

Während wir über das makro- und mikroskopische anatomische Verhalten der bei den Menses ausgestoßenen Membranen gut belehrt sind, ist die Ätiologie der Erscheinung unklar geblieben. L. meint, dass es zur Aufhellung dieser Frage in erster Linie eines reicheren klinischen Materials bedarf, als bisher publicirt ist, und appellirt an die Mitglieder der Gesellschaft, dass sie — wie früher Haussmann, Louis Mayer, Eggel, Wyder — durch Mittheilung zahlreicher, mehrere Jahre hindurch beobachteter Fälle von Neuem zur Lösung der Frage beitragen mögen. Die bisherigen Publikationen fassen zumeist nur einzelne wenige, besonders typisch entwickelte Fälle ins Auge, während es gerade darauf ankommt, auch die Übergänge von der Norm zu dieser Erscheinung zu studiren.

Man wird gut daran thun, den Namen Dysmen. membranacea eben so wie den früheren Decidua menstrualis aufzugeben, weil sich Fälle genug finden, die man sonst wegen der Schmerzlosigkeit der Abgänge als Dysmen. membranacea sine dysmenorrhoea bezeichnen müsste, und weil sich zu leicht mit der bisherigen Bezeichnung die Anschauung verknüpft, dass es sich um einen Morbus sui generis handelt, während sie nach L. meistens nur ein krankhaftes Phänomen bedeutet, welches sehr verschiedene krankhafte (meist entzündliche) Vorgänge an den inneren Genitalien kompliciren kann. Man spricht daher richtiger von einer Exfoliatio mucosae menstrualis schlechtweg oder von einer exfoliativen Form der Endometritis corporis.

L. hat die Erscheinung in 11 Fällen längere Zeit, in 6 mehrere Jahre hindurch beobachtet. Hierbei fiel auf, dass sie relativ häufig (5mal) im Anschluss an entzündliche Processe vorangegangener Wochenbetten auftrat: 3mal im Anschluss an Para- und Perimetritis post partum oder abortum, 2mal im Anschluss an Endometritis puerperalis und Involutio imperfecta. Bekannt, aber hier nicht weiter verwerthet ist ihm ein weiterer Fall, wo nach Endometritis decidua in der Schwangerschaft das Phänomen während des ersten Jahres post partum praematurum regelmäßig wiederkehrte, um dann völlig zu verschwinden.

In den übrigen 6 Fällen schloss sich die Erscheinung 1mal an Perimetritis non puerper. und 2mal an recente Endometritis an, von welch letzteren die eine bei einer Virgo nach akuter Suppressio mensium, die andere bei einer steril verheiratheten Frau mit dem Beginn der Ehe (Gonorrhoea mariti?) sich entwickelt hatte. Ferner trat sie 2mal auf nach Jahre lang beobachteter Endometritis chron. catarrh.: in dem einen Fall handelte es sich um die ebenfalls steril verheirathete Schwester von No. 8, der andere war noch durch Retroversio ut. komplicirt.

In einem einzigen Fall endlich war Lues mariti vorhanden.

L. glaubt, dass der durch die vorangegangenen oder gleichzeitig bestehenden Entzündungsvorgänge bedingten passiven oder aktiven Hyperämie bei seinen Pat. wesentliche pathogenetische Bedeutung beizumessen ist. Der Decursus morbi, die Verhältnisse, unter denen besonders gut entwickelte Häute unter reichlichen Blutungen geboren wurden und andererseits der günstige Einfluss antemenstrualer Skarifikationen wiesen unverkennbar darauf hin.

Es kommt darauf an, die Übergänge nachzuweisen, welche zwischen den auch bei normalen Menses recht häufig (Wyder) abgesprengten minimalen Schollen

der obersten Schleimhautschicht und dem in den typischen Säcken gegebenen Excess die Vermittelung darstellen.

Die Prognose ist nach L. günstiger als gewöhnlich angenommen wird.

(Der Vortrag erscheint in extenso in der Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.)

Die Diskussion muss wegen vorgerückter Zeit vertagt werden.

In das Comité für das Stiftungsfest werden gewählt Herr C. Ruge, Herr Greulich, Herr Stratz.

---

## 6) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Dresden.

116. Sitzung vom 4. März 1886.

Vorsitzender: Herr Leopold, Schriftführer: Herr Korn.

I. Herr Schramm demonstrirt ein Tags vorher von ihm durch Laparotomie entferntes fast mannskopfgroßes Myom.

Die 69jährige Pat. bemerkte seit 16 Jahren Anschwellung des Leibes und erlitt seit Anfang der 60er Jahre profuse Blutungen. Stärkeres Wachsthum der Geschwulst und Überhandnahme der Beschwerden seit einem Jahre.

Operation am 3. März. Elastische Ligatur, deren Abgleiten links eine heftige Blutung aus der Spermatica veranlasste. Starker Collaps. Stillung der Blutung durch Fassen der Arterien. Vernähung des Stumpfes nach Schröder. Versenken der elastischen Ligatur aus Besorgnis vor Nachblutung. Rasche Genesung.

II. Herr Marschner: Über einen Fall von Extra-uterin-Gravidität.

A. Jung, 23 Jahre, wurde am 4. Februar 1886 in das kgl. Entbindungsinstitut aufgenommen mit Klagen über Kreuzschmerzen und Leibschmerzen, welche sie auf die ihrer Berechnung nach bald eintretende Geburt schob. Pat., bis Anfang vorigen Jahres stets gesund, ist seit ihrem 17. Jahre menstruirt, stets regelmäßig, 4wöchentlich, 3tägig, ohne Beschwerden. Am 27. April 1885 letzte Kohabitation: letzte Regel 15.—17. April.

In der Zeit vom Mai bis Juli hielt sich Pat., trotz Ausbleibens der Menses, doch nicht für schwanger; erst im August fiel ihr die Zunahme des Leibes auf, und im September merkte sie deutliche Kindesbewegungen. Schwangerschaftsbeschwerden hatte sie bis dahin nicht, und auch die früher nie dagewesenen, seit April bis August sich mehrmals wiederholenden Ohnmachtsanfälle, bezog sie nicht auf eingetretene Gravidität.

Im August machte Pat. eine plötzlich eintretende heftige Unterleibsentzündung von ca. 14tägiger Dauer durch. Im Oktober überkam sie eine neue Ohnmacht, wobei sie sich durch Fall auf den Leib eine Bauchfellentzündung zuzog.

Im November hörten plötzlich die Kindesbewegungen auf, und bei einer Untersuchung im Institut wurde ihr mitgetheilt, dass es fraglich sei, ob sie überhaupt schwanger sei, da man sich von den Zeichen eines lebenden oder todten Kindes nicht überzeugen konnte.

Bei ihrer Aufnahme am 4. Febr. und Untersuchung am 11. Februar ergab sich: Pat. macht keinen schweren fieberhaften Krankheitseindruck. Leib: Umfang in Nabelhöhe 88 cm; stark aufgetrieben, theilweise eindrückbar, ausgebreitete Undulation. Perkussionsschall in den abhängigen Theilen rechts und links bei geringem Eindruck tympanitisch; auf der Höhe der Geschwulst und herunter bis zur Symphyse leerer Schall. Bei tiefer Palpation findet man über der Symphyse handbreit hinaufreichend über dieselbe, rechts bis fast zur Spina ant. sup., links bis in die Mitte zwischen Spina ant. sup. und Symphyse sich ausdehnend, eine starre, besonders harte Resistenz rechts, wie harte Exsudatmassen, oder da Gravidität vielleicht bestanden, konnten dies die Reste einer Extra-uterin-Schwangerschaft sein. Unmittelbar an die Exsudatmasse sich anschließend nach oben findet sich eine prall elastisch sich anfühlende mannskopfgroße Geschwulst, welche den Eindruck eines Ovarialtumors macht.

Innerer Befund: Becken nicht verengt; Portio vaginalis ein 3 cm langer Zapfen, Muttermund am 4. Februar für den Finger durchgängig (am 11. Februar nach

längerer Bettruhe wieder geschlossen); Uterus 10 cm lang, in seinem Cavum einzelne kleine Rauhigkeiten; Uterus anteflektirt, dextroponirt, stark elevirt; Fundus drei Querfinger über dem rechten queren Schambeinaste. Hinter der Symphyse die Portio. Hinter der hinteren Muttermundslippe stößt man auf einen Tumor, dem Gefühl nach wie auf einen hochgradig retroflektirten Uterus, mit einigen kleinen Höckern und Unebenheiten. Der Douglas und beide Parametrien völlig ausgegossen mit Exsudatmassen, so dass der Uterus wie eingemauert und von diesen nach vorn in die Höhe geschoben erscheint. Ovarien nirgends fühlbar, die Sonde geht nach rechts, vorn und oben ein, dringt aber plötzlich, ohne dass Gewalt angewendet wird, nach der Nabelgegend zu einige Centimeter höher vor und wird jetzt hier viel deutlicher fühlbar als vorher, doch macht es nicht den Eindruck, dass dieselbe in der freien Bauchhöhle wäre. Keine Blutung, kein Abfluss von wässriger Flüssigkeit oder anderen Sekretes.

Per rectum fühlt man zunächst die beiden Lig. sacro-uterina als scharf vorspringende Falten, weiter oben die Rectumampulle weit ausgedehnt und den sog. Sphincter tertius für mehrere Finger ausgedehnt und durchgängig.

Recht deutlich waren einzelne wahrscheinliche Schwangerschaftszeichen: Linea alba stark pigmentirt, Nabel verstrichen, Brustdrüse stark vergrößert, Drüsenstränge gut gefüllt; die Brüste entleeren auf sanften Druck milchiges Sekret. Warzenhof stark pigmentirt, zahlreiche Montgomery'sche Drüsen.

Schleimhaut der Scheide bläulich verfärbt, aber fast keine Absonderung. Dagegen nirgends Herztöne, nirgends kleine Theile, nirgends ein Kopf oder Steiß deutlich fühlbar; nur hier und da stößt der untersuchende Finger auf einen undeutlich ballottirenden Theil, der schnell wieder von derselben Stelle verschwindet, auch an einer anderen nicht gefühlt wird.

Diagnose: Wahrscheinlich Extra-uterin-Gravidität, sekundäre Peri- und Parametritis exsudativa; der cystische Tumor ist dann der Fruchtsack; oder: Extrauterin-Gravidität komplicirt durch einen Ovarialtumor.

Mit Rücksicht auf die großen Beschwerden der Pat. wurde auf den 12. Februar 1886 die Laparotomie festgesetzt.

Auch nach ausgeführtem ergiebigen Bauchschnitt war man jetzt in der Diagnose nicht einen Schritt weiter gekommen. Es präsentirte sich ein prall elastischer Tumor, der ringsum mit dem Peritoneum parietale und wie sich nach Punktion des cystischen Tumors und nach mühevoller, sehr zeitraubender Ablösung des Tumors von den Bauchdecken herausstellte, auch mit allen in der Nähe befindlichen Unterleibsorganen sehr innig verlöthet war. $^3/_4$ Liter schmieriger, dunkelbrauner Flüssigkeit werden durch Punktion entleert. Eben so viel verbleibt etwa in der Cyste.

Erst als die Hand des Operateurs (Prof. Leopold) zwischen Bauchwand und Tumor sich hindurch arbeitend in die Tiefe der Bauchhöhle gelangt ist, gelingt es eine Diagnose zu stellen:

Der cystische punktirte, etwas kollabirte Tumor ist der Fruchtsack; er enthält eine Frucht in 1. Querlage; ziemlich großer schon harter Kopf mit schlotternden Kopfknochen.

Da die Sackwand des Tumors im Allgemeinen dick genug erschien, so galt es jetzt zu versuchen, das Ei in toto herauszuarbeiten.

Nach wieder langer mühevoller Arbeit, nach Abbindung von zahlreichen, strangartigen und flächenhaften, theils recht stark blutenden Adhäsionen, die theils stumpf, theils mit dem Paquelin durchtrennt wurden, ließ sich endlich durch Emporheben und Herauswälzen der Cyste ein besserer Einblick in die Unterleibshöhle gewinnen.

Der Boden des Sackes, die Placenta enthaltend, sitzt hinten und links dem Uterus halbmondförmig an; das rechte Ovarium und die rechte Tube liegen frei in der Bauchhöhle, vom linken Ovarium ist nichts zu sehen; auch die linke Tube ist nur auf eine kurze Strecke sichtbar, scheint direkt in die Sackwand überzugehen; sie muss bei Lösung des Tumors doppelt unterbunden und durchtrennt werden.

Da die Pat. durch fortgesetzten starken Blutverlust ganz kollabirt war, und

der Puls nur durch reichliche subkutane Ätherinjektionen sich wieder hob, wurde vorläufig von einer Entfernung des Tumors mit der Placenta, da man bei deren Lösung eine neue nicht unbeträchtliche Blutung vermuthete, Abstand genommen; man wollte vorläufig den Sack mit der Bauchwand vernähen und so viel abtragen, als ohne Blutung möglich erschien. Desshalb wurde nach Säuberung der Bauchhöhle die Bauchwunde von oben her bis zum Tumor hin geschlossen; der unterste Abschnitt des Tumors, bestehend aus Placenta und dem elevirten Uterus, mit dem parietalen Blatt des Peritoneums sorgfältig vernäht.

Hierauf wurde etwa 2 cm über den Bauchdecken der emporgedrängte Uterus mit umgebendem Placentargewebe mittels Messers durchtrennt. Da der Zustand der Pat. zur Zeit etwas besser geworden war und die bereits degenerirte Placenta nicht blutete, so sollte nunmehr aus dem eingenähten Trichter noch der in der Tiefe sitzende Rest der Placenta herausgeschält werden. Inzwischen ober erfolgte aus dem amputirten Uterus eine starke Blutung, welche nur durch tiefe Umstechung mit kräftigen Nadeln und starker Seide gestillt werden konnte.

Leider wurde bei Lösung der Placenta aus der Tiefe des Trichters die Sackwand zerrissen, so dass schmierige Flüssigkeiten, Placentarbröckel in die freie schon geschlossene Bauchhöhle gelangten. Der Riss wird nach Säuberung der Umgebung der Rissstelle wieder sorgfältigst vernäht. Der Stumpf zur Erzeugung trockener Gangrän mit Salicyltanninpulver dicht bestreut. Wunde mit Sublimatgaze bedeckt. Fester Bindenverband. Am 24. Februar Morgens trat bei der ganz anämischen Pat. der Exitus letalis ein, ziemlich zwei Tage nach der Operation.

Sektion: »Eitrige Peritonitis, in Folge von Perforation der Wand des eingenähten Stiels. Hochgradige Anämie.«

»Der Uterus und seine Adnexe, so weit noch vorhanden, sind in der vorderen Bauchwand eingenäht, bilden hier einen pilzförmig hervorragenden Knoten; an der linken Seite dieses Knotens ist ein tiefer Substanzverlust, an dessem Grund die Sonde durch eine kleine Öffnung in die Bauchhöhle gelangt. Links fehlt Ovarium und Tube, rechts sind beide erhalten; das abdominale Ende der rechten Tube ist offen, die Tube enthält eitrigen Schleim. Im Plexus spermatic. beiderseits nicht eitrige Thrombosen.«

Das durch Laparotomie gewonnene Präparat ist nicht ganz klar in allen Theilen zu deuten. Am wahrscheinlichsten handelt es sich um eine interstitielle Schwangerschaft des linken Tubenrohres. Dafür spricht sowohl, dass die vor der Operation in den Uterus eingeführte Sonde, die Anfangs bis zum Fundus nur 10 cm tief einging, nach einer leichten Drehung nach links plötzlich einige Centimeter höher hinaufglitt; ferner die direkt hinter dem Uterus sitzende und das linke uterine Tubenende umgebende Placenta (das rechts vom Uterus sitzende Gewebe ist nicht Placenta, sondern ein fast faustgroßer mit der Placenta innig verbundener Bluterguss). Dafür spricht ferner, dass das abdominale Ende der linken Tube stückweis deutlich erhalten ist, das uterine Ende plötzlich an und in die Sackwand übergeht und dass die Frucht über der Placenta und demnach über dem Uterus und nach hinten von ihm gelagert ist.

Der Douglas ist zwar durch die subserös an der hinteren Fläche des Uterus hinuntergewachsene Placenta auf ein Minimum verkleinert, aber die beiden Peritonealblätter liegen nur dicht an einander, ohne verklebt zu sein.

Das linke Ovarium ist weder während der Operation, noch auch am Präparate, noch in der Leiche zu finden gewesen; höchst wahrscheinlich wurde es bei dem Abbinden des linken Parametrium und bei dessen partieller Entfernung mit zerschnitten und entfernt.

Zum Schluss sucht Redner die Berechtigung der Operation sowohl in den unerträglichen Schmerzen der Frau, wie in der Gefahr des Platzens des Fruchtsackes bei unthätigem Zusehen zu finden. Die Art und Weise, wie operirt wurde, war hier nach den gegebenen Verhältnissen keine von vorn herein bestimmte, der Operationsplan konnte erst während des Eingriffs, nach feststehender Diagnose gemacht werden. Dass ein ungünstiger Ausgang eintrat, erklärt sich durch die lange Operationsdauer, die lange Eröffnung der Bauchhöhle und durch die Per-

foration der Sackwand bei Lösung des letzten Stückes der Placenta aus der Tiefe des Trichters.

Diskussion. Herr Leopold operirte viermal wegen Extra-uterin-Gravidität und hat hierbei gefunden, dass die Diagnose fast immer große Schwierigkeiten habe und die Operation an Überraschungen reich sei.

Er widerräth ein allzu konservatives Verfahren und erinnert an den von Olshausen beschriebenen Fall, in welchem bei konservativer Behandlung der Tod durch Peritonitis in Folge von Bersten des Fruchtsackes eintrat. Man solle immer an die Möglichkeit denken, den Fruchtsack auszuschälen. Er würde in ähnlichen Fällen genau wieder so operiren, wie in dem von Herrn Marschner berichteten und das Hauptgewicht legen auf die größtmöglichste Bluterspamis, so wie auf die Nichtverletzung des Stieltrichters, falls letzterer sich nicht ganz entfernen lässt.

III. Herr Rosenbaum: Über die fortlaufende Katgutnaht bei Scheidendammrissen.

Nach einer kurzen Einleitung, welche theils die Nothwendigkeit der blutigen Naht bei Scheiden- und Dammrissen betont, theils einen Überblick über die bisherigen Behandlungsweisen derselben giebt, giebt Redner nach Erwähnung der von Schröder, Bröse und Keller mitgetheilten Erfahrungen eine Schilderung der fortlaufenden Katgutnaht, wie sie seit 9. Juli 1885 im Dresdner Entbindungsinstitut gehandhabt wird und bespricht zunächst die Vorbereitungen, die Naht selbst und die Nachbehandlung; bei ersteren vor Allem als wichtigste die Antisepsis, dann die Lagerung, Narkose, Orientirung über die Verletzungen, die sehr wichtige und nothwendige Glättung der Wundränder, die etwaigen Blutungen etc., schließlich die Beschaffenheit des Nähmaterials. Sims'scher Nadelhalter, stark gekrümmte Nadel und hinlänglich starkes Katgut, welches 24 Stunden in 1‰iges Sublimat gelegt und hierauf in absolutem Alkohol bis zum Gebrauch aufbewahrt wird. Bei der Schilderung der Naht, welche stets unter permanenter Karbolirrigation (2%) gemacht wird, legt Redner unter Entwurf einiger Skizzen Art und Weise ihrer Anwendung dar. Die einfache spiralige Tour, von der Anfangsknopfnaht im vaginalen Wundwinkel beginnend und am perinealen schließend. Dann die doppelten Touren, wie sie bei Kolporrhaphien am einen Wandrand ein-, in der Mitte aus-, dicht daneben wieder eingestochen und am entgegengesetzten Wundrand der fortlaufende Faden herausgeführt wird — eine Methode, welche bei breit klaffenden Rissen etwaige Retentionshöhlen am besten vermeiden, ferner die Spannung vermindern könne.

Drittens die versenkten Touren, die bei verschiedener Tiefe und unebenen Wundrändern eine bessere Vereinigung gestatten; die sich mit stets demselben fortlaufenden Faden bald mehr bald weniger tief einschalten lassen und die Heilung in Folge der raschen Resorption des Katguts nicht verzögern.

Dann die rücklaufenden Touren, welche vom perinealen Wundwinkel aus zum Ausgangspunkt zurückkehren und dabei vorher gelassene Zwischenräume nunmehr oberflächlich ausfüllen. Endlich die übergreifende Naht, worunter Redner die von dem zuerst vereinigten Riss auf benachbarte Risse unter Umständen fortgesetzte fortlaufende Naht mit demselben Katgutfaden versteht — besonders da anwendbar, wo Lippen- und Scheidenrisse an einander grenzen. Schließlich werden einige verschiedene Methoden des Schlusses der Naht geschildert. Die Touren müssen tief genug sein, doch nicht zu tief, wesshalb oft Kontrolle vom Rectum aus nöthig sei; sie dürfen nicht zu nahe an einander liegen; nach jeder Spirale müsse zur Vermeidung der Lockerung angezogen werden, jedoch nicht zu stark, wegen der leichten Gefahr des Durchschneidens. Am Schlusse folgt eine intravaginale Ausspülung mit Sublimat 1 : 4000, so wie ergiebige Jodoformirung. Die Nachbehandlung stehe im Ganzen in innigem Zusammenhang mit dem Wochenbettsverlaufe. Ruhe und Reinlichkeit sei die Hauptsache; täglich 2 Abspülungen der äußeren Genitalien mit Sublimat 1 : 4000; Zusammenbinden der Beine in den ersten Tagen; Stuhlverhaltung über 4 Tage sei unnöthig. Bei

übelriechenden Lochien Ausspülungen mit Sublimat 1 : 4000; bei stärkeren Schmerzen und Ödem der äußeren Geschlechtstheile Kälte und Bleiwasser. Ohne dringende Indikation rühre man die Wunde nicht an. Am 5. Tage ist das Katgut resorbirt, selten nach dem 7. Tag noch etwas zu sehen. Redner giebt an der Hand von 192 Fällen, welche er unter näheren Ausführungen und Begründungen in 3 Gruppen, nämlich 76 Scheiden-, 45 Frenulum und 71 eigentliche Dammverletzungen theilt, ein Bild von den Erfolgen der Methode. 174 seien per primam gut und schön verheilt. Das Frenulum habe hierbei stets eine feste Brücke zwischen Scheide und Damm gebildet, manches Mal könne es sogar vollständig in seiner Form restituirt erscheinen. Der Damm war glatt und fest; häufig war, wie auch Keller beobachtete, die Nahtlinie nur schwer wieder zu erkennen. Minimale Granulationen, die manchmal als Folge ungenügender Adaptirung noch blieben, könnten die Auffassung der Heilungen als primäre nicht beeinträchtigen; die Beobachtung zeigte bald eingetretene völlige Vernarbung derselben. Hier sei zu erwägen, dass Dammrisswunden nach einer Geburt nicht immer so glatt heilen könnten, wie z. B. scharfe Schnittwunden.

Es stellt sich als Procentsatz der primären Heilungen 90,6 heraus gegenüber Bröse's 88,8% und Keller's 97,6%. Für die Dammverletzungen speciell ergeben sich aus den weiteren Ausführungen des Vortr. für diejenigen bei spontanen Geburten 89,6%, allein für die bei operativen Entbindungen entstandenen nur 51,5% primäre Heilungen. Nach ausführlicher Beleuchtung der 18 ungeheilten Fälle, für welche zum größten Theile die verschiedensten, einer primären Heilung hinderlichen Momente festgestellt werden können (Lues, starke Quetschung, zersetzte Sekrete, einmal Centralruptur mit überaus starker Mortifikation der ganzen Umgebung, einmal Abscessbildung an einem Stichkanal hinter dem Schambändchen, einmal lokale Wunderkrankung etc. — 7 Fälle davon betrafen operative Geburten), kommt Redner zu dem Schlusse, dass an der Hand des vorliegenden Materiales die Empfehlungen von Bröse und Keller vollauf bestätigt werden könnten: die Naht sei einfach, bequem, schnell anlegbar, erfordere geringe Assistenz und keine Nachbehandlung zur Entfernung der Nähte, gewähre eine gute und sichere Verheilung mit besserer Vertheilung und Herabsetzung der Spannung, gebe vorzügliche Resultate. Einen besonderen Vortheil erblickt Redner darin, dass die fortlaufende Katgutnaht auch den praktischen Arzt eher in den Stand setzen könne, Verletzungen nach Geburten in ausgedehnterem Maße, als es früher zu geschehen pflegte, unmittelbar zu vereinigen und so den Wochenbettsverlauf und die Wiederherstellung der verletzten Theile zu begünstigen.

---

### 7) **J. Taylor.** Fistula rectolabialis, sive vulvaris.

(New York med. journ. 1885. November 28. p. 616.)

Die ziemlich seltene Krankheit beginnt mit einer Entzündung der Drüse der Vulva, welche in Abscedirung übergeht und deren Ursache vielleicht in irgend einem Reiz zu suchen ist. Der in einem Labium sich bildende kleine Tumor kann leicht für ein dislocirtes Ovarium gehalten werden, er bricht dann auf, und es entleeren sich Fäces und Gase aus der gewöhnlich nur kleinen Öffnung in der Vulva. Betreffend die Behandlung, zieht T. die Ligatur der blutigen Durchschneidung vor.

**Lühe** (Demmin).

### 8) **R. Harris.** Geschichte eines Falles von 2mal ausgeführtem Kaiserschnitt unter dem verstorbenen Prof. W. M. Gibson, mit Autopsie der Pat. 50 Jahre nach der ersten Operation durch Dr. Caleb Hornor und R. Harris.

(Amer. journ. of med. sciences 1885. Oktober. p. 422.)

Frau E. wurde im Alter von 22 Jahren zum ersten Mal schwanger 1830, sie hatte rachitische Knochen und eine Conjugata von nur $1^3/_4$—2 Zoll. Die von einer größeren Zahl konsultirender Ärzte, darunter Thomas und Rhea Barton wurde

zwar der Kaiserschnitt vorgeschlagen, aber abgelehnt. 64 Stunden nach Geburtsbeginn wurde der Kopf des schon abgestorbenen Fötus perforirt, die Extraktion gelang aber erst abermals 33 Stunden später, nachdem schon völlige Fäulnis eingetreten war. Die sehr erschöpfte Kranke genas.

Die zweite Geburt wurde 3 Jahre später von Dr. Meigs mit seiner »embryulcia forceps« in Konsultation mit dem behandelnden Arzt Dr. Fox wiederum unter großen Schwierigkeiten und Gefahren für die Kranke beendet. 2 Jahre darauf wurde bei der 3. Geburt von Frau R. die Einwilligung zur Ausführung des Kaiserschnitts gegeben und dieser von Dr. Gibson ausgeführt, wobei die Incision 6 Zoll lang, die Eihäute noch nicht gesprungen und der vorliegende Theil des Fötus der Steiß war. Hiernach leichte Peritonitis, gegen die 2maliger Aderlass und 40 Blutegel zur Anwendung kamen; Pat. stand am 28. Tage auf, von der Wunde war nur noch eine kleine Tasche in der Bauchwand offen, welche etwa 5 Wochen nach der Operation geschlossen war. Das Kind lebte.

Auch bei der 4. Schwangerschaft war Gibson in Konsultation mit Fox der Operateur; er hielt die alte Narbenlinie inne, $1^1/_2$ Zoll unterhalb des Nabels bis fast zum Schambogen. In Ausdehnung von 4 Zoll fand sich der Uterus mit der Bauchwand fest verwachsen. Die Incision in das Organ war 6 Zoll lang, sein verwachsener Theil war bis zu $^1/_4$ Zoll Dicke verdünnt. Der Einschnitt traf die Placenta und es fand starke Blutung statt; das männliche Kind war sehr matt, blieb aber am Leben, Geburtsdauer 10 Stunden. Auch diesmal blieb eine Fistel noch längere Zeit zurück, während die Wunde sonst in ca. 20 Tagen geschlossen war, die Wöchnerin nährte selbst. Später blieb die alte Narbe stets empfindlich und es bestanden ziehende Schmerzen daran. Jahrelang lebte die Frau aber in guter Gesundheit und starb im 76. Lebensjahre, ihr Becken hatte sie dem Dr. Fox versprochen, welcher sie jedoch nicht überlebte, eben so wenig als die übrigen 13 Ärzte, welche bei den verschiedenen Operationen betheiligt waren.

Bei der Obduktion fanden sich an den Röhrenknochen rachitische Verbiegungen die Hüften sprangen stark hervor und das Sacrum bildete einen völligen Winkel mit den Lendenwirbeln, welche durch eine tiefe Senkung bezeichnet waren. Die Narbe war deutlich, aber nicht eingezogen. Das Omentum zeigte sich durch starke Stränge mit der Bauchwand verwachsen, eben so der Dickdarm. Unterhalb des oberen Theiles der Narbe fand sich ein langes röthlich gefärbtes Band von etwa 1 Zoll Breite nach beiden Seiten, und in Ausdehnung von 2 Zoll mit der Narbe verwachsen: dies stellte sich als der zu $4^1/_2$ Zoll Länge verlängerte Fundus uteri heraus. Die Ovarien lagen beiderseits auf dem Beckenrand, Cervix und Vagina glichen einem harten Strang von der Gestalt eines Zeigefingers.

Das Becken selbst war exquisit nierenförmig, der quere Durchmesser maß $5^1/_4$ Zoll, die Conjugata $1^3/_4$ Zoll, das Promontorium sprang stark vor. Das Sacrum hatte eine starke Konkavität, die rechte Seite des ganzen Beckens war geräumiger als die linke, indem die Linea terminalis rechts stärker ausgeschweift ist.

**Lühe** (Demmin).

## 9) **Franzis Imlach** (Liverpool). Über Verkürzung der Ligamenta rotunda uteri.

(Edinb. med. journ. 1885. April.)

## 10) **Wm. Alexander** (Liverpool). Über die operative Verkürzung der Ligamenta rotunda.

(Ibid. Mai.)

I. hat seit November 1883 die Operation 36mal gemacht; darunter in 9 Fällen von starkem Vorfall, 3 dieser mit Vorfall Behafteten waren schon über 60 Jahre alt. Eine derselben behielt eine starke Cystocele mit den betreffenden Beschwerden; eine zweite fühlt sich mit einem, früher ganz wirkungslosen Pessar völlig wohl. Bei der dritten ist das Resultat am befriedigendsten. Von den 6 jüngeren Operirten wurden 5 durch die Operation von sämmtlichen Beschwerden befreit; eine behielt dysmenorrhoische Schmerzen.

Bezüglich der Retroversionen und Retroflexionen werde oft eingeworfen, dass

die Beschwerden mit der Verlagerung gar nichts zu thun hätten; — auch dies als richtig angenommen, könne man doch nicht leugnen, dass Subinvolution und die Schar von entzündlichen Komplikationen leichter der Behandlung Erfolge versprechen würden bei in richtiger Lage fixirtem Uterus als bei dislocirtem. In allen jenen Fällen, wo nun in der That zur Zeit der Operation (erste im November 1883, letzte Februar 1885) neben der Rückwärtsverlagerung keine entzündlichen Komplikationen vorhanden waren (in 16 von 27), war der Erfolg fast ausnahmslos ein durchaus zufriedenstellender. Der Uterus behielt in allen seine ihm durch die Operation gegebene normale Stellung bei. Nur bei dreien von Allen blieben die Beschwerden unverändert; dieselben haben chronisch entzündliche Processe in Ovarien und Tuben (ob schon vor der Operation, nicht mehr zu erweisen). Am geeignetsten scheinen auch I. die Fälle von Retroflexion resp. -version, wo die Ovarien gleichfalls dislocirt und dadurch zur Ursache der peinigendsten Beschwerden geworden sind. Durch Fixation des Uterus in normaler Stellung wird auch ihnen wenigstens annähernd ihr normaler Platz wieder zugewiesen und sie damit von Gefäßtorsion, von Druck etc. befreit.

Sind dagegen die Ovarien oder Tuben oder beide selbständig erkrankt, müssen vor Allem diese entfernt werden; eine dabei gleichzeitig bestehende Retroflexion ist danach meist ohne Bedeutung, macht keine Beschwerden.

Von einer Anzahl der Operirten, die vorher mehrmals hinter einander abortirt hatten, wurden später Kinder zur rechten Zeit geboren. Eine derselben machte Parametritis durch und trotzdem behielt der Uterus seine normale Lage.

A. wendet sich gegen einige Details in der von I. gegebenen Beschreibung der Operation; es sei z. B. wahrlich dem Operateur viel zugemuthet, in einer Incision von $^1/_2$ Zoll Länge (mehr Punktion als Incision) das Ligament auch noch mit den Fingern zu fassen. Er müsse ferner darauf bestehen — um feste Verwachsung herbeizuführen, die allein den dauernden Erfolg garantiren könne — dass das Ligament an beide Schenkel der äußeren Abdominalöffnung des Leistenkanales und an die Haut und mit nicht gar zu dünnem Katgut angenäht würde. Wenn I. in einem Falle nach der Operation Neigung zu Hernienbildung bemerkt habe, so würde er dies leicht vermieden haben durch Zusammennähen der beiden Schenkel des Leistenkanales, wie er (A.) es stets empfohlen habe. Er halte auch behufs Sicherung der Fixirung längere (3 Wochen) Bettlage für nothwendig. Aus I.'s Mittheilung könne man nicht exakt ersehen, nach welcher Zeit der Erfolg revidirt sei; er (A.) befürchte, dass, nach I.'s Operationsart, manche Täuschung zu verzeichnen sein würde. **Zeiss** (Erfurt).

### 11) **R. Jones** (Leesville). Hitze als wehenverstärkendes Mittel.

(Med. age 1885. No. 20.)

J. hatte bei einer gesunden VIpara, da in Folge sehr schwacher, zeitweis ganz aussetzender Wehen, die Geburt keine Fortschritte machte, wiederholt Chinin und Ergotin ohne Erfolg gegeben. Er machte einen Versuch mit heißen Breiumschlägen auf das Abdomen. Eine halbe Stunde nach Applikation des ersten traten regelmäßige, kräftige Wehen ein, welche bald zur Geburt eines kräftigen, lebenden Kindes führten. **Graefe** (Halle a/S.).

### 12) **K. Holmes** (Chatham). Cervixrisse als Ursache puerperaler Manie.

(Med. age 1885. No. 21.)

H. ist der Ansicht, dass puerperale Manie häufig in Folge von Zerreißung des Cervix während der Geburt entstehe. Die Schwangerschaft an sich soll die Prädisposition zu einer psychischen Erkrankung schaffen, diese dann durch die Verletzung des reichlich mit sympathischen Fasern versehenen Cervix und die zurückbleibende, schwer heilende Wunde zum Ausbruch gebracht werden.

H. berichtet über 12 Fälle, welche die Richtigkeit dieser Annahme beweisen sollen. Zwei derselben (1 und 11) sind werthlos. Bei beiden Pat. wurden zwar Cervixrisse konstatirt. Die eine starb aber, ohne dass letztere überhaupt behandelt worden war, ungeheilt; bei der anderen, welche an wiederholt recidivirender Melancholie litt, ist von H. nach Emmet operirt, sie ist aber noch in Behandlung.

Die übrigen Fälle sind in aller Kürze folgende:

2) 25jährige Ipara, 4 Tage post partum an Melancholie erkrankt. Nach drei Monaten Verschlimmerung, Selbstmordversuche. Jetzt wurde eine Laceration des Cervix entdeckt und behandelt. Heilung derselben. Gleichzeitiges Verschwinden der psychischen Erkrankung. Seitdem 2 normale Wochenbetten.

3) Vpara, 2 Tage post partum puerperale Manie. Relative Heilung nach zwei Wochen. Blieb aber sehr nervös, niedergeschlagen, Allgemeinbefinden schlecht. Nach Heilung bestehender Cervixrisse vorzügliches Befinden. Bei 2 weiteren Entbindungen kein Recidiv der Manie.

4) Ipara, Manie eine Woche post partum. Laceratio cervic. Mit Heilung derselben psychische Erkrankung beseitigt.

5) Ipara. Schwere Melancholie 10 Tage post partum, noch nach 8 Monaten bestehend. Mit Heilung eines Cervixrisses Besserung, schließlich Verschwinden der Psychose.

6) Schwere Manie 4 Monate post partum noch bestehend. Beseitigt durch Heilung tiefer Cervixrisse.

7) Drei Monate bestehende, bald nach der Geburt zum Ausbruch gekommene Manie. Heilung einer Lacerat. cervic. Psychose beseitigt.

8) 21jährige Ipara. 4 Tage post partum puerperale Manie. Kleiner, schlecht aussehender Cervixriss. Starker Fluor. Unter allmählicher Heilung des ersteren Besserung der Psychose.

9) 20jährige Ipara. 3 Tage post partum Psychose. Gleichzeitige Heilung dieser und eines Cervixrisses.

10) 24jährige IIpara. Schlaflosigkeit. 8 Tage post partum Manie. Während zweier Monate keine Besserung. Nach Tracheloraphie Heilung.

12) Hochgradige puerperale Melancholie, welche sich nach Enukleation eines kleinen cervikalen Myoms verschlimmerte. Heilung von Cervixrissen führte auch hier zum Verschwinden der Psychose.

H. weist selbst darauf hin, dass man seiner Hypothese entgegenhalten könne, dass Cervixrisse doch unendlich oft beständen, ohne puerperale Manie zur Folge zu haben. Er macht aber geltend, dass dieselben Ursachen nicht immer dieselben Wirkungen haben, dass das, was bei einer Pat. Manie, bei einer anderen Hysterie, Melancholie oder Neurasthenie hervorruft, dass ferner die große Mehrzahl der Cervixrisse in wenigen Tagen oder Wochen spontan heilt, wie auch viele Fälle puerperaler Manie. **Graefe** (Halle a/S.).

## 13) **Paul Mundé.** Zwei Fälle von großem extraperitonealen Beckenhämatome, geheilt durch vaginale Incision und Drainage.

(New York med. Presse 1885. December. p. 10.)

Zwei glücklich verlaufene Fälle von indicirten großen Beckenhämatomen bewiesen dem Verf., dass bei der nöthigen Vorsicht die Gefahr einer derartigen Behandlung, wie auch Zweifel betont hat, nicht überschätzt werden dürfe. M. stellt folgende Regeln auf: 1) Man wählt die hervorragendste Stelle im Scheidengewölbe, womöglich in der Mitte des hinteren Gewölbes, um Gefäßen auszuweichen; 2) man macht die Incision ausgiebig in der Mittellinie, sagittal; 3) man entleert das Blut gründlich mit Finger, stumpfem Löffel oder dem Sims'schen Scheiden-Depressor; 4) man reinigt die Höhle durch antiseptische Irrigation mit Sublimat 1 : 5000 oder Borsäure 1 : 1000; 5) man verstopft auf 24—48 Stunden die Höhle mit Jodoformgaze, um einer Nachblutung vorzubeugen; 6) nach Entfernung des Tampons wird alle 2—3 Stunden antiseptisch ausgespült, wenn dies noch nicht genügt, permanent irrigirt. Dass man sicher sein muss, dass die Blutung aufgehört habe, ist Voraussetzung für den Eingriff. **Lühe** (Demmin).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 18.** **Sonnabend, den 1. Mai.** **1886.**



## Über das untere Uterinsegment.

Eine Entgegnung

von

**Dr. Heinrich Bayer,**
Privatdocent in Straßburg i/E.

In diesen Tagen ist ein gewiss von vielen Seiten mit Spannung erwartetes Werk: »Der schwangere und kreißende Uterus« von Schröder, Hofmeier, C. Ruge und Stratz erschienen. Die in demselben enthaltene Arbeit Hofmeier's über »das untere Uterinsegment« veranlasst mich zu folgenden Bemerkungen.

Es dürfte einigen der Fachgenossen bekannt sein, dass ich demselben Gegenstande ein Kapitel in meiner »Morphologie der Gebärmutter«[1] gewidmet habe. Leider konnten meine vor jetzt 8 Monaten erschienenen Untersuchungen von Hofmeier nicht mehr berücksichtigt werden, was ich um so mehr bedauere, als ich gerade von diesem Autor eine sachgemäße Kritik im Interesse des wirklichen Fortschritts erwartet hatte.

Statt dessen fertigt H. meine sehr mühsamen Studien in einer Anmerkung (p. 56) mit diesen Worten ab: »Er (Bayer) bestätigt durchweg die Bekleidung des unteren Segments mit Decidua, ist

[1] Zur physiologischen und pathologischen Morphologie der Gebärmutter. Gynäkologische Klinik, hrsg. von W. A. Freund (Straßburg 1885). p. 369—662.

aber für seine Annahme der Entwicklung derselben aus Cervixschleimhaut selbst den Versuch eines Beweises schuldig geblieben«.

Wer dies liest — und gewiss wird die Hofmeier'sche Arbeit schon ihrer Kürze und des hohen Ansehens der Berliner Schule wegen viel häufiger gelesen werden, als die meine —, der wird zweifellos glauben, dass ich meinen Schluss leichtsinnig formulirt habe. Ich habe mich gewundert über Hofmeier's Beschuldigung und kann nur annehmen, dass er meine Arbeit allzu flüchtig, vielleicht überhaupt nur die Zusammenfassung der Resultate über das untere Segment durchgesehen hat. Dort habe ich allerdings nur hervorgehoben, dass »bei der Erweiterung der Cervixhöhle, bei der Hypertrophie und reichlicheren Zufuhr von Ernährungsmaterial nach der entfalteten Partie« die Cervixschleimhaut wohl genau eben so befähigt sei zur Umwandlung in Decidua, wie die des Corpus. Den Beweis hierfür habe ich jedoch in den vorangehenden Theilen meiner Arbeit zu erbringen versucht.

Aus den Verhältnissen der Muskulatur des unteren Segments in den verschiedenen Schwangerschaftsmonaten und nach der Geburt habe ich nachgewiesen — wenn Herr Hofmeier dies nicht gelten lassen will, so erwarte ich von ihm eine diesbezügliche Aussprache —, dass dieses untere Segment, wenigstens dessen muskuläre Wandungen — und darauf kommt es doch wohl allein an — durch Hypertrophie und Aufblätterung der Muskelmassen einer schon am nicht graviden Uterus bestimmt differenzirten oberen Zone des Cervix sich herausbildet (vgl. dazu p. 31 bei Hofmeier).

Ich habe dann ferner gezeigt, dass diese entfaltete Cervixpartie mit Decidua bekleidet ist, dass die Decidua hier einige Eigenthümlichkeiten darbietet, dass namentlich an dem jedesmaligen inneren Orificium des Collumkanales vorn eine besondere, einer Decidua aus früheren Schwangerschaftsmonaten ähnelnde »Übergangsschleimhaut« sich findet, während an der hinteren Wand — entsprechend der dort stattfindenden Umrollung, die ja auch in dem Schröder'schen Werke berücksichtigt ist — richtige Cervixschleimhaut eine kleine Strecke weit ins untere Segment heraufragt. Ich habe endlich die allerdings noch nicht genügend erhärtete Behauptung aufgestellt, dass der Befund von typischer Cervikalmucosa auf der vorderen Wand des unteren Segments auf stattgefundene Wehenthätigkeit hinweist (vgl. dazu namentlich den Fall IV Hofmeier's).

Wenn ich demnach Decidua auf entfalteter Cervixwandung vorfand, so schien mir der Schluss wenigstens sehr naheliegend, dass sich hier successive mit der Entfaltung immer tieferer Partien des Collum die Cervixschleimhaut in Decidua umgewandelt hatte; so erklärte sich auch die »Decidua jüngerer Bildung« am jedesmaligen inneren Orificium ganz ungezwungen.

Dieser Schluss wäre natürlich hinfällig, wenn man beweisen könnte, dass die fragliche Umwandlung unmöglich ist. Hat Hofmeier diesen Beweis geführt oder auch nur zu führen versucht?

Er giebt nur an, dass Küstner, der bekanntlich zuerst für die Decidua cervicalis eintrat, mit seiner Anschauung allein stehe, und dass die letztere »von kompetenter Seite eine nachdrückliche Zurechtweisung erfahren hat«. Nun, auch der kompetenteste Beobachter kann sich in der Deutung seiner Befunde irren. Jedenfalls ist auf anatomischem Wege die Unmöglichkeit jener Umwandlung nicht nachgewiesen, und ich wüsste auch nicht, wie man dies bewerkstelligen wollte.

Ich habe nun andererseits gezeigt, dass nicht allein der supravaginale Theil, sondern auch ein Theil des interstitiellen Tubenabschnittes sich während der Schwangerschaft entfaltet, dass sich hier ein dem unteren Segmente vielfach analoges »Tubensegment« bildet, welches ebenfalls zum Theil von richtiger Decidua bekleidet ist. Die letztere reicht nicht genau bis zur inneren Tubenöffnung, sondern geht in der Nähe derselben in eine dünne, mit kubischem Oberflächenepithel bedeckte Schleimhaut über. Auf der letzten Naturforscherversammlung hatte ich Gelegenheit, unter Anderen Herrn Küstner Schnitte durch die Tubenecke eines frisch entbundenen Uterus vorzulegen, die ich gelegentlich auch Herrn Hofmeier demonstriren zu können hoffe. Hier war nicht allein die ganze, mit Epithel bekleidete Partie, sondern noch ein Stück der mit wirklicher Decidua bedeckten Wandung in das Innere der Tube selbst hereingezogen. Damit ist die Entfaltung der Tube, so wie die Umwandlung eines Theiles der Tubenschleimhaut in Decidua — und zwar natürlich nur im entfalteten Theile des Eileiters, im »Tubensegment« — unumstößlich bewiesen; oder es ist wenigstens — da ja dies nicht konstant sein mag (vgl. p. 656 meiner Arbeit) — die Möglichkeit dieser Umwandlung zweifellos.

Wenn nun die Tubenschleimhaut zur Decidua sich umwandeln kann, warum sollte dazu die Cervikalmucosa nicht eben so gut befähigt sein? Ich weiß keinen Grund, der dagegen spräche, würde mich aber gern belehren lassen. Übrigens kann ich mich hier auch auf die Arbeit von Overlach[2] beziehen, der die Bildung von Deciduazellen gerade in der Schleimhaut des Cervix ausdrücklich hervorgehoben hat.

Dieses sind nun meine Beweise. Welchen Beweis verlangt eigentlich Herr Hofmeier? Soll ich vielleicht die Cervixschleimhaut wachsen, ihre Umwandlung in Decidua direkt unter dem Mikroskop vor sich gehen sehen?

Vielleicht entschließt sich Herr Hofmeier doch einmal dazu, meine Arbeit nicht bloß flüchtig zu durchblättern, sondern genau durchzulesen, meine Untersuchungen »sine ira sed cum studio« zu prüfen; und dann zweifle ich nicht, dass ein so orientirter Beobachter, wie er, sich zu meinen Anschauungen bekehren wird.

---

[2] Archiv für mikroskopische Anatomie 1885. XXV. p. 191.

Im Ganzen finde ich nun, was die objektiven Befunde anbetrifft, bei uns beiden gar keine so sehr bedeutenden Unterschiede. Seine Fig. 2 z. B. stimmt genau mit meiner Beschreibung eines zweimonatlich graviden Uterus (p. 441), eben so seine Fig. 3 mit meiner Fig. 26. In beiden Fällen war der innere Muttermund noch geschlossen; dann kommt es hinsichtlich der Formverhältnisse und der Lage des festen Peritonealansatzes nur darauf an, ob Anteflexion des Uterus besteht oder nicht: desshalb ist es auch gleichgültig, wenn die Schwangerschaftstermine in den verglichenen Fällen nicht dieselben waren. Man vergleiche ferner seine Fig. 4 mit meiner Fig. 35 und Taf. XXXVI, seine Fig. 5 mit meinen Fig. 34 und 39, seine Fig. 6 mit meiner Fig. 36, seine Abbildungen 11—19 mit meinen Fig. 10, 11, 22, 43, 44, 55 und Taf. XXXVIII, endlich seine Ausführungen auf p. 66 mit meiner Beschreibung der Strikturen (p. 620 bis 642)[3]. Wenn Hofmeier zugleich auch die Ergebnisse einer mikroskopischen Untersuchung der Schleimhaut angegeben hätte, was man gerade von ihm, bei seiner Stellung zu der Frage, unbedingt verlangen musste, so wäre die Analogie unserer Befunde gewiss noch evidenter.

Auch in den Arbeiten von Schröder und Stratz finden sich einige Angaben, welche wohl eine Verständigung über gewisse Punkte anbahnen könnten. So vergleiche man p. 19 mit meiner Schilderung der »physiologischen Striktur« (p. 617), ferner die Ausführungen über den Uterus arcuatus auf p. 79 und 80 mit meinen Untersuchungen über dieselbe Uterusform bei seitlichem Placentarsitz in einer Tubenecke (p. 657).

Die Differenzen zwischen Hofmeier und mir beziehen sich einzig und allein auf die genetische Auffassung des unteren Uterinsegmentes. Für ihn entsteht dasselbe aus einer am nichtgraviden Uterus nicht existirenden Zone (vgl. p. 63); für mich ist es gebildet aus dem entfalteten, schwangerschaftshypertrophischen und mit seinen Muskelmassen aufgeblätterten supravaginalen Theil zwischen dem inneren Muttermund und der von mir sog. »Retraktorenschleife«, einer durch stärkere Bindegewebsentwicklung markirten und zugleich den Beginn einer andersartigen Anordnung der Cervixmuskulatur bezeichnenden Stelle im Collum selbst.

Ich könnte, um diesem leidigen Cervixstreite zu entgehen, vorschlagen, auf die Genese des unteren Uterinsegmentes überhaupt keine Rücksicht mehr zu nehmen. In physiologischer Beziehung ist die Sache ja erledigt: in seinem physiologischen Verhalten gehört das untere Segment zum Cervix, indem es sich, wie Hofmeier selbst hervorhebt, in jedem Stadium der Geburt und nach derselben,

[3] Ich bemerke hier ausdrücklich, dass meine Abbildungen im Texte, Fig. 24, 25, 30—41 als Aufzeichnungen der Explorationsbefunde rein schematisch gehalten sind. Wer die dazu gehörigen Beschreibungen genau durchliest, wird mich nicht missverstehen, wenn ich gelegentlich die gerade interessirenden Verhältnisse allzu scharf hervortreten ließ.

ganz wie der Cervix, passiv verhält und an der Kontraktion nicht Theil nimmt.

So könnte ich an Stelle der von mir vertretenen Unterscheidung zwischen der normalen und der mangelhaften Entfaltung des supravaginalen Theils mit ihren gelegentlichen Folgen, den Strikturen, einer Unterscheidung, die das praktische Resultat meiner Untersuchungen über diese Partie der Gebärmutter bildet, einfach die Lehre von der normalen und der mangelhaften Ausbildung des unteren Segmentes aufstellen. Diese Unterscheidung allein aber führt, wie ich glaube, zu einer Verständigung über die verschiedenen anatomischen Befunde und zu einem richtigen Verständnis der Pathologie des kreißenden Uterus; ich würde es lebhaft bedauern, wenn der für die Praxis ziemlich gleichgültige Streit über die wahre anatomische Stelle des inneren Muttermundes, einer ehrlichen Prüfung der von mir geschilderten klinischen Thatsachen im Wege stände.

Ich kann hier auf eine genauere Besprechung der Argumente Hofmeier's nicht eingehen. Nur darauf muss ich aufmerksam machen, dass, nach meinen Angaben über die Aufblätterung der Muskelmassen des supravaginalen Theils bei dessen Entfaltung, das von Hofmeier herangezogene Kriterium, die Grenze eben dieser Aufblätterung nach unten hin, so lange nicht als stichhaltig betrachtet werden kann, so lange nicht gezeigt wurde, dass meine Beweisführung hinsichtlich dieses Punktes falsch ist.

Was die Bemerkungen Hofmeier's über Placenta praevia betrifft, so weise ich auf p. 619 meiner Arbeit hin, wo ich betont habe, dass es »ganz verkehrt ist, diese Fälle zur Entscheidung der sog. Cervixfrage heranziehen zu wollen« (ich meine natürlich, im gewöhnlichen Sinne), weil sich hier der supravaginale Theil schwieriger als sonst entfaltet, weil sich in manchen Fällen der innere Muttermund (nach meiner Auffassung) bis zum Beginn richtiger Wehenthätigkeit vollkommen geschlossen erhält, und dann folgerichtig auch die Ausbildung eines »unteren Segmentes« in der Schwangerschaft überhaupt unterbleibt. Ich beabsichtige, in München meine, auf die Cervixverhältnisse und die Veränderungen an der Placenta aufgebaute Theorie der Placenta praevia vorzutragen und werde dann Gelegenheit haben, die durchaus mit meiner Auffassung übereinstimmende Beobachtung Hofmeier's über den zuweilen relativ späten Eintritt der Geburt bei centralem Vorliegen der Placenta zu berücksichtigen. Da nun die in Berlin vertretene Lehre, wenn sie den Thatsachen entspricht, durch eine vorurtheilslose Prüfung nur gewinnen kann, so schlage ich Herrn Hofmeier vor, bei den dort gewiss nicht seltenen Fällen dieser Anomalie darauf zu achten:

> ob es ihm möglich sein wird, jemals unterhalb eines deutlich ausgebildeten Kontraktionswulstes, in einer durch ihr physiologisches Verhalten als »unteres Segment« sich dokumentiren-

den unteren Zone des Uterus die Placentarstelle zu konstatiren?

und dann möchte ich ihn fragen,

wie er sich in solchem Falle die, doch gewöhnlich stattfindende, spontane Stillung des Blutverlustes aus dieser Placentarstelle im »unteren Segmente« erklärt, während doch dem letzteren physiologisch die Kontraktionsfähigkeit abgeht?

Die Beschreibung der beiden von Hofmeier anatomisch untersuchten Fälle, so wie die Abbildung auf Taf. VI, ist mir nicht deutlich genug geworden.

Ich wage zu hoffen, dass wir gerade auf Grund der Verhältnisse bei der Placenta praevia endlich zu einer allgemeinen Verständigung gelangen werden, wozu Herr Hofmeier gewiss eben so bereitwillig die Hand bieten wird, wie ich.

Wenn ich nun auch vollkommen überzeugt bin, dass manche Punkte in meiner »Morphologie der Gebärmutter« noch gründlich diskutirt werden müssen; wenn ich auch die Unsicherheit mancher auf ein relativ geringes Material gegründeten theoretischen Reflexionen lebhaft empfunden und an vielen Stellen betont habe: so kann ich es doch nicht ruhig geschehen lassen, dass das Ergebnis meiner jahrelangen Untersuchungen und Überlegungen durch eine so leicht hingeworfene Beschuldigung, wie sie die citirte Anmerkung Hofmeier's enthält, diskreditirt werde.

Straßburg, den 10. April 1886.

---

## 1) L. Fürst. Zur Resektion des hypertrophischen Scheidentheils unter künstlicher Blutleere.

(Deutsche med. Wochenschrift 1885. No. 49.)

Für die Hypertrophie der Vaginalportion ist die zuverlässigste Operationsmethode die keilförmige Excision nach Schröder. Günstig wirkt für den Erfolg eine Vorbehandlung der dabei meist kranken Gebärmutter, bestehend je nach Bedarf in Skarifikationen, Curettement, jedenfalls aber einer mehrtägigen gründlichen Desinfektion der Gebärmutterhöhle. Bei der Schnittführung sind alle kranken Partien der Schleimhaut, besonders Erosionen, mit zu entfernen, so weit es die Adaptirung der Schnittflächen gestattet. Sehr vortheilhaft ist bei der Operation die künstliche Blutleere.

Um das Abgleiten des elastischen Schlauches zu vermeiden, hat F. zwei gedeckte Nadeln angegeben, die am besten von hinten nach vorn diagonal gekreuzt, möglichst hoch durch die Vaginalportion gestochen werden und dem darüber angelegten, durch Knoten oder Bleiring geschlossenen Schlauch zum Halt dienen. Die Nadeln sind rund, aus Stahl und mit dreikantiger Trokarspitze an einem Ende, am anderen mit einem flachgedrückten Griff mit abgerundeten Kanten versehen, der nach dem Mittelstück zu leicht konkav ist, um das Abgleiten des Schlauches noch besser zu verhüten. Auf

einen Schraubengang wird die Deckungskappe der Spitze leicht festgeschraubt. Als Nahtmaterial verwendet Verf. vierfach gezwirntes Katgut von P. Hartmann's Verbandstoff-Fabrik in Heidenheim, das sich genügend langsam resorbirt, so dass man unter Jodoform und später antiseptischen Ausspülungen die Wunde bis zur vollständigen Heilung sich selbst überlassen kann. Einige nach dieser Methode in F.'s Privatklinik glücklich operirte Fälle werden kurz angeführt. **Weidlich** (Breslau).

## 2) **L. Fürst.** Über Modellirung der Portio vaginalis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1885. No. 46.)

Theils zu Lehr- und Demonstrationszwecken, besonders aber um vor der Operation besonderer Fälle von Hypertrophie der Portio vaginalis ein genaues Bild derselben zu haben, empfiehlt Verf. die Anfertigung von Modellen der Vaginalportion. In Steißrückenlage wird in ein ziemlich weites, schräg geschnittenes Blechspeculum, das weder Gestalt noch Lage der Portio ändern darf, nach Reinigung derselben und Bestreichung mit Öl dünner Gipsbrei gegossen, der nach 5—8 Minuten genügend erhärtet ist. Die Vulva muss höher liegen als das Scheidengewölbe. Nach Entfernung des Speculums mit dem Gipsnegativ lässt man letzteres in ersterem erhärten, ölt es dann wieder ein und gießt es mit Wachs aus. Das Wachspositiv versieht man mit den naturgetreuen Farben des Organs.

Auch die äußeren Genitalien, die Vulva, Fälle von Descensus und Prolaps hat Verf. in geeigneten Fällen nach dieser Methode zu anderen Zwecken modellirt. **Weidlich** (Breslau).

## 3) **F. Ahlfeld** (Marburg). Die Ursachen der Wehenschwäche in der Austreibungsperiode bei Erstgebärenden und die Mittel zur Beseitigung derselben.

(Deutsche med. Wochenschrift 1885. No. 51.)

Die Ursache der Wehenschwäche in der Austreibungsperiode ist darin zu suchen, dass der Uterus sich im Laufe der Geburt so weit nach oben zurückzieht, dass nur noch ein kleiner Theil des Kindes in ihm liegt, er mithin keine sehr erhebliche Kraft mehr ausüben kann zu einer Zeit, wo der Kopf bei Erstgebärenden gegen den Beckenboden andrückt. Die Bauchpresse muss das Kind dann herausdrücken. Aber auch diese kann durch ungenügende Funktionsfähigkeit einen Theil dieser scheinbaren Wehenschwäche hervorrufen, zumal bei Erstgebärenden ohnehin das Abdomen weniger hervorgewölbt ist, besonders wenn das Kind mit dem vorangehenden Theile bereits ins Becken eingetreten ist. Seltener sind andere Ursachen vorhanden. Wichtig ist eine möglichste Verstärkung der Bauchpresse durch den Gebrauch von Zugbändern und Handhaben. Besonders aber 2 Mittel lassen die Anwendung der in dieser Zeit in der Praxis so häufigen Zange umgehen. Ist der Kopf bereits in der Schamspalte sichtbar, so gebraucht

man den Ritgen'schen Handgriff. Steht der Kopf noch nicht fingergerecht, ist zu dem Geburtsstuhl zu greifen, der sich in jedem Falle konstruiren lässt, dass man 2 Stühle so neben einander stellt, dass die einander zugekehrten hinteren Beine sich berühren, während die vorderen ca. 30 cm aus einander stehen. Die Frau sitzt mit etwas gespreizten Schenkeln auf den Stühlen. Wenn der Kopf die Schamspalte weit aus einander dehnt, wird die Geburt auf dem Geburtslager entweder spontan oder durch den Ritgen'schen Handgriff beendet.

Zuweilen sind in solchen Fällen die Kinder todt, da der Uterus sich so weit verkleinert, dass die Zufuhr sauerstoffhaltigen Blutes für das Kind mangelhaft wird, wenn nicht gar die Placenta sich vollständig löst. Dass es nicht regelmäßig eintritt, kommt daher, dass bei der Kontraktion die Stelle, wo die Placenta aufsitzt, sich weniger kontrahirt als der übrige Theil. **Weidlich** (Breslau).

---

4) **B. Solger.** Über die Bedeutung der Linea semicircularis Douglasii. (Aus dem anatom. Institut zu Halle a/S.)

(Separatabdruck aus: Morpholog. Jahrbuch 1885. Bd. X. p. 102—111.)

Verf. erwähnt und widerlegt zunächst die von anderen Forschern, besonders Retzius und Henle über die Bedeutung und Entstehungsweise der Linea semicircularis Douglasii gegebenen Erklärungen, welche dieselbe in Zusammenhang mit dem Verhalten der Harnblase und der Vasa epigastrica bringen. S. zieht zur Erklärung die Muskelwirkung der Bauchpresse heran und fasst die Lin. semic. Dougl. als die mehr oder weniger scharf ausgesprochene Grenze auf, bis zu welcher die Aponeurose des Transversus und das hintere Blatt der Aponeurose des Obliquus internus in energische, aktive (bei der Kontraktion der Muskeln) und passive (bei der Inspiration) Spannung versetzt werden kann. **Weidlich** (Breslau).

---

## Kasuistik.

5) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 26. März 1886.

Vorsitzender: Herr Löhlein, später Herr Kauffmann,

Schriftführer: A. Martin.

I. Herr J. Veit legt den Uterus einer virginellen Pat. vor, den er wegen Carcinom des Corpus uteri vaginal exstirpirte. Die technischen Schwierigkeiten der Operation, enge senile Scheide, großer Uterus etc., ließen sich überwinden, Pat. genas, wenn auch nicht ganz reaktionslos. Das Präparat zeigt ein ganz im Beginn befindliches polypöses Carcinom der einen Wand.

V. hebt hervor, dass die Portio exquisit erodirt war und obwohl dies doch ein Fall war, der den Anforderungen von Heitzmann entsprechend Epithelabschilferungen zeigen müsste, so war doch in diesen Erosionen das von Ruge und ihm geschilderte anatomische Bild in typischer Weise vorhanden. Er benutzt die Gelegenheit, gegen Heitzmann's Arbeit in diesem Punkte Bedenken zu erheben.

A. Martin bespricht 2 Präparate von Corpuscarcinom. Das eine dieser Prä-

parate entstammt einer 52jährigen Jungfrau, welche nach vollzogener Cessation wieder angefangen hatte zu bluten. Sie war mehrfach mit Auskratzungen behandelt worden, als sie mir zur Radikaloperation von Herrn Kollegen Awater überwiesen wurde. Die senile Straffheit des Beckenbodens und der Scheide veranlassten den Versuch einer Abtragung des erkrankten Corpus nach Laparotomie. Dabei stellte sich heraus, dass die Erkrankung so weit in das Collum entwickelt war, um auch nur einen Stumpf desselben zu erhalten; es wurde desshalb zum Schluss auch noch das Collum entfernt, also eine Art Totalexstirpation nach Freund ausgeführt. Die Pat. überstand in Folge der extremen Kachexie und Anämie den Eingriff nicht und starb reaktionslos am 3. Tage.

Das andere Präparat entstammt einer 56jährigen Frau, welche angeblich bis vor etwa 2 Monaten vollständig gesund gewesen war. Es stellte sich nun Fluor ein, in dem sich bald blutige Beimischung zeigte. Das Collum war mit Carcinommassen gefüllt, welche nur zum Theil der Wand des Cervikalkanales entstammten, in ihrer großen Masse aus dem Corpus stammten. Die vaginale Exstirpation war durch das Volumen des Uterus sehr erschwert. Pat. hat trotzdem eine glatte Rekonvalescenz durchgemacht.

Das erstere Präparat stellt sich dar als ein exquisites Drüsencarcinom; an dem anderen ist bemerkenswerth, dass die Erkrankung unzweifelhaft in den Drüsen des Corpus zuerst entwickelt, sich allmählich in das Collum ausgebreitet hat.

Herr Löhlein hebt hervor, dass das Veit'sche Präparat ein ungewöhnlich frühes Entwicklungsstadium zeige, in welchem die Diagnose lediglich durch die Auskratzung gemacht werden konnte. Das Übergreifen des Corpuscarcinom auf das Collum in dem zweiten Martin'schen Falle lässt auch dieses Präparat als eine Seltenheit erscheinen.

Herr Veit berichtet, dass die eine Pat., deren Präparat von Corpuscarcinom er vor 4 Wochen der Gesellschaft vorgelegt hat, jetzt, 8 Wochen nach der Operation, recidiv sei.

Herr C. Ruge demonstrirt einen von Herrn Winter wegen Carcinoma cervicis exstirpirten Uterus.

II. An der Diskussion über den Vortrag des Herrn Löhlein »Über Ätiologie der sog. Dysmenorrhoea membranacea« betheiligen sich A. Martin und Veit. A. Martin tritt den Ausführungen des Herrn Vortr. bei, doch ist er zur Zeit nicht in der Lage gewesen, sein gesammtes Material darauf hin zu revidiren. Entsprechend der wiederholten Aufforderung des Herrn Vortr., es möge die Gesellschaft gemeinsam ein größeres Material zur Lösung dieser Frage beitragen, zu dessen Bearbeitung er erbötig sei, stellt Herr Veit den Antrag zu einer Art Sammelforschung ad hoc zusammenzutreten; A. Martin unterstützt diesen Antrag, indem er Herrn Löhlein auffordert, entsprechende Fragebogen zu entwerfen und zu vertheilen.

III. Herr Düvelius: **Besprechung eines Falles von Echinokokken im kleinen Becken.**

Der Fall betrifft eine 32jährige Frau, die zu Anfang dieses Jahres zu mir kam mit der Klage, dass sie in der rechten Seite des Unterleibes eine Geschwulst habe, die besonders in letzter Zeit stärker gewachsen sei und ihr große Beschwerden zu verursachen anfange. Menses regelmäßig, vierwöchentlich, mäßig profus, unter sehr heftigen Schmerzen. Seit 10 Jahren steril verheirathet.

In der rechten Seite des Unterleibes befindet sich eine vielfach höckerige Geschwulst, die breit mit der Leber verwachsen zu sein scheint; Leberrand nach der Geschwulst hin jedenfalls nicht abgrenzbar. Links von der Mittellinie, über die Symphyse hervorragend, eine zweite kleinere Geschwulst. Die Perkussion über dem rechts gelegenen großen Tumor ergiebt meist leeren Schall, an einigen Stellen ist derselbe tympanitisch. Fluktuation undeutlich. Interne Untersuchung: Uterus in der Mittellinie, rechts, die rechte kleine Beckenhälfte ausfüllend, ein Tumor, der aus dem Becken hinaufragt und mit der Leber verwachsen ist, prall elastische Konsistenz, links ein etwa zweifaustgroßer Tumor, der aus dem Becken hervorragt;

Ovarien neben den Tumoren nicht fühlbar. Die Narkosenuntersuchung bestätigte den Befund. Es wurde die Laparotomie behufs Entfernung der Tumoren von Herrn A. Martin ausgeführt, wenn gleich eine bestimmte Diagnose über die Natur des Tumors, der der Kranken so sehr große Beschwerden verursachte, nicht gestellt werden konnte.

Nach Eröffnung des Peritoneums entleeren sich große Mengen kleiner und größerer Blasen, es handelte sich um Echinococcuserkrankung. Von der unteren Fläche der Leber ragt eine große Blase, die ganze rechte Unterbauchgegend ausfüllend, herab bis zum kleinen Becken. Im kleinen Becken zu beiden Seiten des Uterus große Blasen, die die Ovarien nach oben und an den Uterus gedrängt haben. Am Netz und den Intestinis adhäriren viele Blasen. Die Blasen werden möglichst genau ausgeschält, die im kleinen Becken werden in toto aus den Verwachsungen enukleirt. Die große Blase an der Leber wird ausgewaschen, resecirt und in den oberen Laparotomiewundwinkel eingenäht, sodann drainirt. Nachbehandlung negativ, Rekonvalescenz ohne besondere Reaktion, am 10. Tage Verbandwechsel, am 12. Tage Entfernung des Drains, dann tritt stärkere Absonderung ein, die häufigen Verbandwechsel erheischt. Fistel hat sich definitiv vor 8 Tagen geschlossen.

Die Diagnose konnte in unserem Falle wegen Fehlens charakteristischer Zeichen nicht mit Sicherheit ohne Punktion gestellt werden, diese aber wurde aus Furcht vor Darm- und Leberverletzungen unterlassen und die Vermuthung, dass es sich um Tumoren handelt, die von den Organen des kleinen Beckens ausgingen, gewann an Wahrscheinlichkeit, weil die Ovarien nicht gefühlt werden konnten.

Als primärer Sitz des Echinococcus muss wohl die Leber aufgefasst werden, von dem sich Tochterblasen ablösten, ins Abdomen fielen und dort entweder frei liegen blieben oder durch adhäsive Entzündung adhärent wurden.

Bemerkenswerth ist, dass durch die Tumoren im kleinen Becken, wohl durch Kompression der Ovarien, große Menstruationsbeschwerden hervorgerufen wurden. Die Kranke ist nach der Operation einmal wieder menstruirt gewesen und zwar ohne Schmerzen.

Hervorheben möchte ich die Kinderlosigkeit bei den sonst gesunden und durchaus kräftigen Eheleuten. Es scheint mir nicht unwahrscheinlich, dass die Tumoren die Tuben entweder abgeknickt oder durch Kompression unwegsam gemacht haben.

Bezüglich der Behandlung möchte ich mich in allen Fällen für die Laparotomie aussprechen. Auch wenn die Blasen im kleinen Becken sitzen und aus demselben nicht hervorragen, dürfte die Laparotomie den Vorzug vor der Eröffnung per vaginam aus zwei Gründen verdienen: 1) weil man radikaler operiren kann und 2) eine Jauchung ausgeschlossen wird.

Erwähnenswerth ist, dass unsere Pat. nie mit Hunden, wohl aber mit Kaninchen in ihrer Jugend zu thun hatte.

A. Martin bestätigt die große Schwierigkeit der Diagnose in diesem Fall; sobald er den Leib eröffnet hatte, ließen die hervorstürzenden Blasen allerdings keinen Zweifel übrig. Die Diagnose war besonders durch die Ausfüllung des kleinen Becken mit Geschwulstmassen erschwert, welche degenerirte Ovarien vortäuchten. Die Insertion der unzähligen Tochterblasen im Peritoneum erschien als eine ganz lose, so dass nach der Entfernung der Blasen keine Versorgung ihres Bettes nöthig wurde.

III. Herr Schütte: Im Anschluss an den eben mitgetheilten Fall von Echinococcus erlaube ich mir einen durch Laparotomie geheilten Leberechinococcus bei einem Kinde vorzustellen. Am 29. Mai v. J. wurde die achtjährige B. Roth in das Elisabeth-Kinder-Hospital aufgenommen, nachdem ich in der Poliklinik eine langsam wachsende Anschwellung des rechten Hypochondrium und der Leber konstatirt hatte. Die Leber reichte nach oben bis zur Mamilla, nach unten bis zum Nabel. Die rechte Brusthälfte war um mehrere Centimeter stärker als die linke. Die Konsistenz der Leber war eine gleichmäßige, nur in der Herzgrube war eine

Andeutung von Fluktuation zu fühlen. Am 21. Mai machte ich eine Punktion, 2 cm rechts von der Linea alba, dicht am Rippenrande. Es wurden 200 g einer wasserhellen Flüssigkeit entleert, welche Kochsalz und Spuren bernsteinsaurer Salze enthielt; morphologische Bestandtheile waren nicht aufzufinden. Auf die Punktion folgte Urticaria und eine leichte Fieberbewegung. Da durch die Punktion die Diagnose eines Echinococcussackes gesichert war, führte ich am 18. Juni v. J. die Operation aus, bei welcher die Herren Heyder und P. Ruge mich freundlichst unterstützten. Die Bauchhöhle wurde durch einen Schnitt durch die Punktionsstelle, also rechts von der Linea alba, vom Rippenrande bis zum Nabel eröffnet. In der ganzen Ausdehnung des Schnittes lag normales Lebergewebe vor; nirgends war Fluktuation zu entdecken. Ich punktirte in der Gegend der ersten Punktion die Leber, ohne dass sich Flüssigkeit entleerte. Die Punktionsstelle blutete sehr lebhaft, und musste umstochen werden. Es wurde nun ein zweiter, auf den ersten senkrechter Schnitt längs des Rippenbogens gemacht und durch Herunterziehen der Leber gelang auf der Kuppe derselben nach dem stumpfen Rande zu, die Cyste zu entdecken und in den Schnitt zu ziehen. Hierauf wurde das Peritoneum mit der Haut durch fortlaufende Seidennaht vereinigt. Darauf wurde die Cyste durch 8—10 Matratzennähte, die durch Bauchdecken und Cyste, resp. Lebergewebe gingen, in der jetzt dreieckigen Öffnung befestigt, weit eröffnet und die Cyste nochmals durch fortlaufende Seidennaht an das Peritoneum genäht, so dass auf diese Weise ein sicherer Abschluss der Bauchhöhle erzielt wurde. Es wurde ein Sack, der etwa die Größe des Kopfes eines Neugeborenen hatte, entfernt. Auf der Membran waren nur geringe Andeutungen von Knospenbildungen, keine entwickelten Scolices vorhanden. In die große Höhle wurden zwei dicke Drains eingelegt, Sublimatgaze und Holzwollwatte bildeten den Verband. Es folgte eine ziemlich profuse Eiterung, die vom 13. Tage an gallig gefärbt war. Der Verlauf war kein fieberfreier, jedoch trat keine Reizung des Peritoneums auf. Im Verlauf der ersten Wochen wurden noch vier Blasen von der Größe eines kleinen Apfels bis einer Erbse ausgestoßen. Bis Ende September bestand noch eine Fistel, die galliges Sekret absonderte; nach einer Jodinjektion schloss sie sich. Das Kind hat sich, wie Sie sehen, sehr erholt und die Leber hat ihren normalen Umfang wieder angenommen. Hervorheben möchte ich noch, dass die Mutter des Kindes mit Bestimmtheit angiebt, dass das Kind nie mit Hunden, wohl aber viel mit Kaninchen gespielt habe, die oft von dem Essgeschirr gefressen hätten. Beim Kaninchen kommt eine ähnliche Tänie vor, wie beim Hunde und es scheint daher auch im Umgange mit diesen Hausthieren Vorsicht geboten. Zum Schlusse möchte ich vorschlagen, die Matratzennähte bei diesen und ähnlichen Operationen über Platten oder Gummiröhren zu knoten, weil sie sich leicht unter das Niveau der Haut zurückziehen und ihre Entfernung einige Schwierigkeiten macht.

Herr Jaquet weist darauf hin, dass auch Freund der Laparotomie den Vorzug gebe bei der Echinococcusoperation, bezüglich welches Punktes der Vortr. Zweifel gelassen.

---

## 6) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Leipzig.

Sitzung vom 19. Januar 1885.

Vorsitzender: Herr Sänger, Schriftführer: Herr Sachse.

I. Herr Donat: Therapeutische Mittheilungen aus der geburtshilflichen Poliklinik.

Vortr. gab zunächst einen Jahresbericht der geburtshilflichen Poliklinik vom Jahre 1884:

Auf 654 Geburten kamen 465 geburtshilfliche Operationen, die sich wie folgt gruppiren:

174 Fälle von Forceps;

71 Fälle von operativer Beendigung der Geburt bei Unterendlagen, dabei 3mal Anlegung der Zange am nachfolgenden Kopfe, 3mal Kephalothrypsie ohne voraus gegangene Perforation;

36 Fälle von Wendung und Extraktion aus Querlage;

15 » » » » » » Schädellage (wegen Vorfalles der Nabelschnur, nicht korrigirbarer ungünstiger Kopfeinstellung, Eklampsie, Placenta praevia und [3mal] wegen Beckenenge);

8 Fälle von Perforation und Kephalothrypsie resp. Kranioklasie am vorangehenden Kopfe;

142 Fälle von Abortus;

6 Fälle von Lösung der Placenta (bei normalen Geburten);

6 Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt und 1 Fall von künstlichem Abortus (wegen Hydramnion);

3 Fälle von Entwicklung des Rumpfes nach Geburt des Kopfes;

1 Fall von Retroflexio uteri gravidi;

4 Fälle von Dammnaht nach spontanen Geburten (2mal Sekundärnaht mit Silber);

37 Fälle von Störungen in der 3. Geburtsperiode, meist Blutungen.

119 Fälle zeigten entweder keine oder nur geringe Abweichungen von der Norm und verliefen spontan;

2mal war Hilfe bei starken Wochenbettsblutungen nöthig;

Placenta praevia wurde 13mal, Eklampsie 13mal beobachtet.

Zwillingsgeburten kamen 22 vor.

Lebend wurden 451 Kinder geboren, 15 faultodt.

Unter Ablegung dieses hier im Zusammenhange wiedergegebenen Berichtes schilderte Vortr. gruppenweise kurz die in der Poliklinik üblichen Behandlungsgrundsätze und Operationsverfahren. Trotz der erheblichen Zahl von Zangenoperationen wurde doch nur ausnahmsweise ohne gegründete Indikation, exercitii vel temporis causa eingeschritten. Die Wendung bei Beckenenge und Schädellage ohne sonstige Komplikation wurde selten gemacht und mehr der abwartenden Methode gehuldigt; nie ist die Wendung unter diesen Umständen bei Primiparen ausgeführt worden. Die Kraniotomie wurde nur bei abgestorbener oder absterbender Frucht vorgenommen und es ward stets so lange als möglich damit gezögert. Von den Müttern erkrankte keine.

Waren unter der Geburt bereits Infektionserscheinungen (Fieber, übelriechender Ausfluss) vorhanden, so wurde post partum mit 3%iger Karbollösung oder mit Sublimat 1 : 3000 ausgespült, sonst nicht.

Abortus imminens wurde mit Ruhe, lockerer Salicylwattetamponade und ohne Secale behandelt. Bei nicht mehr aufzuhaltendem Abortus und intaktem Ei wurde fest tamponirt und Secale gegeben, worauf das Ei meist spontan ausgestoßen wurde. Abortreste wurden stets möglichst früh entfernt, meist mit dem Finger, nur in wenigen (4) Fällen mittels Curette. Künstliche Dilatation des Collum war nie nöthig. Nach Ausräumung des Uterus Ausspülung mit 3%iger Karbollösung und Verabreichung von Secale. Keine von den so behandelten Frauen erkrankte, bei keiner stellten sich Nachblutungen ein.

Bei Placenta praevia ist in der letzten Zeit die von Hofmeier-Lomer empfohlene Methode der frühzeitigen kombinirten Wendung auf einen Fuß und langsamer Extraktion mit Erfolg angewendet worden. In keinem Falle dauerte letztere länger als $^1/_2$—1 Stunde. Nur bei reifen, lebenden Kindern und nachgiebigem Muttermunde wurde die Extraktion etwas beschleunigt, bei kleinen, nicht lebensfähigen Früchten die Geburt fast nur der Natur überlassen. 2 Fälle endeten tödlich: in dem einen war die Frau bereits vor der zu spät verlangten Hilfe fast verblutet, der 2. Fall starb an Sepsis. Die übrigen Mütter, so wie 3 Kinder blieben gesund.

Die Mortalität anlangend, so kamen unter 654 Geburten 9 Todesfälle vor = 1,37%:

1) Placenta praevia, † 2 Stunden post partum an Verblutung.

2) Atonia uteri, manuelle Lösung der Placenta, † im Collaps. Verblutung.

3) und 4) Eclampsia gravissima, † nach 30 und 36 Stunden.

5) Spontane Uterusruptur inter partum, † nach 14 Stunden.

6) Septikämie (faultodtes Kind, spontane Geburt), † am 6. Tage.

7) Peritonitis septica (schwere, langdauernde Geburt, mit Zange beendigt), † am 11. Tage.

8) Placenta praevia, Wendung und Extraktion, Septicaemia acutissima, † nach 2 Tagen.

9) Pyaemia puerperalis (spontane Geburt, faultodtes Kind).

Dies macht auf 654 Geburten 4 septische Todesfälle = 0,61 %.

Von Erkrankungen infektiöser Art kamen 3 Fälle von Parametritis vor, die geheilt wurden.

Therapie im Wochenbett rein exspektativ. Fieber mit Roborantien und Excitantien behandelt. Keine Antifebrilia. Von einer örtlichen Behandlung der inneren Genitalien wurde ganz abgesehen.

Diskussion. Herr Becker-Laurich bemerkt in Anknüpfung an die vom Vortr. angeführte hohe Zahl von Aborten, dass er in seinem Distrikte (Sachsen-Altenburg) eine entschiedene periodische Häufung derselben zur Zeit der Tag- und Nachtgleiche in Folge von Übergang aus der (bekanntlich sehr unhygienischen) altenburgischen Sommer- in die Wintertracht im Verein mit der zu dieser Zeit gesteigerten Haus- und Feldarbeit beobachtet habe.

Herr Sänger glaubt, dass derartige und andere äußere Einflüsse weit seltener Abortus zur Folge haben, als Erkrankungen des Uterus und seiner Schleimhaut, denen er nächst der Syphilis ätiologisch die erste Rolle zuweisen möchte.

Herr Donat monirt die Häufigkeit der Cervixrisse bei Abortirenden.

Herr Landerer erwähnt, dass auch die gonorrhoischen Erkrankungen cyklische Steigerungen erfahren.

Die Debatte drehte sich des Weiteren um die z. Z. zweckmäßigsten Methoden der Desinfektion während der Geburt und im Wochenbett für Hebammen.

Obwohl nicht verkannt wird, dass das Sublimat auch noch in Lösungen von 0,4 und 0,5‰ ein dem Karbol überlegenes Desinficiens sei, so erklärt sich doch die Mehrzahl gegen seine Einführung in die Hebammenpraxis wegen seiner hohen toxischen Gefahr, wegen der Unthunlichkeit nach eben durchgesetzter Einführung der Karbolsäure diese wieder zu diskreditiren. Das Sublimat solle für den Arzt, welcher auch häufiger inficire als die Hebamme (Donat), reservirt bleiben namentlich behufs intra-uteriner Behandlung. Wenn auch zuzugeben sei, dass das Sublimat gegenüber der Karbolsäure noch in sehr hohen Verdünnungen wirksam sei, dass die Karbolintoxikation rasch, die Sublimatintoxikation langsam vor sich gehe, so dass man sie rechtzeitig bekämpfen könne, dass das Verschlucken von Karbolsäure gefährlicher sei, als das einer relativ starken Sublimatlösung (Landerer), so wurde doch auch betont, dass man von Karbolintoxikationen jetzt sehr wenig höre, während die Zahl der Sublimatintoxikationen in puerperio gestiegen sei (Sachse). Gegen letztere Bemerkungen wird aber eingewendet, dass das Sublimat bei frischen Puerperalwunden, also unmittelbar post partum am gefährlichsten wirke, weniger im Wochenbett, wo die Möglichkeit der Resorption schon wieder geringer sei (Sänger). Die Karbolsäure habe auch noch den Vorzug, dass die Frau, wenn die Hebamme eine zu starke Lösung bereitet habe, dies sofort bemerke, beim Sublimat aber nicht (Becker-Laurich).

Der Zweck der den Hebammen jetzt an Stelle der Ausspülungen vorgeschriebenen Abspülungen wurde dahin interpretirt, dass es sich dem Sinne nach dabei um genaueste Reinigung der äußeren Genitalien handle. Abschneiden der Schamhaare wurde, besonders bei dichter Beschaffenheit derselben, für zweckmäßig, doch nicht für nothwendig, Rasiren der Pubes aber für unnöthig erklärt, auch für Kliniken.

Zur Diskussion über die Behandlung der Placenta praevia erzählt Herr Sänger einen Fall von Tod 3 Stunden post partum in Folge von Cervixriss mit Eröffnung einer Ringvene am Os internum, wobei der Muttermund so weit gewesen, dass bequem die innere Wendung und sofortige Extraktion gemacht werden konnte. Dieser Fall, übrigens der einzige, den er an Verblutung bei Placenta praevia selbst erlebte, würde ihn veranlassen, bei der großen Dünne und Weich-

heit von Collum und unterem Uterinsegment hierbei auch bei stark erweitertem Muttermunde langsam zu extrahiren. Kann die von Hofmeier vertretenen Grundsätze nur billigen.

Herr Sachse: Die Zeitdauer der Extraktion muss sich nach dem Widerstand des Muttermundes richten; es sei selbstverständlich bei engem Muttermunde langsam zu extrahiren. Nach einer Zusammenstellung aus der Leipziger Klinik (Dissertation von Pohl) habe die Mortalität bei Placenta praevia überhaupt in den letzten Jahren nur 5—6% betragen.

---

### 7) **Paul Mundé** (New York). Meine Erfahrungen über die operative Verkürzung der runden Mutterbänder bei Retroversio uteri.

(Separatabdruck aus der New York med. Presse 1886. Januar.)

M., veranlasst durch seine wenig günstigen Resultate mit der gewöhnlichen Behandlungsmethode bei Retroversio uteri, welche er in der gynäkologischen Sektion des internationalen medicinischen Kongresses in London zum Ausdruck brachte, hat Gelegenheit genommen, die Alexander'sche Operation zu versuchen. Dies geschah in 6 Fällen. In 3 derselben vermochte M. nicht, irgend eine Spur der Lig. rotunda aufzufinden, obgleich er theilweise weit in den Leistenkanal eindrang. In den anderen 3 Fällen dagegen wurden sie leicht aufgefunden und wurde eine erhebliche Stellungsverbesserung erzielt. Er zieht hieraus den Schluss, dass besonders bei Frauen mit starkem Fettpolster, so wie bei älteren Personen mit atrophischen Muskeln die Endfasern der runden Mutterbänder so zerstreut liegen, vom Fettpolster überdeckt werden oder geschrumpft sind, dass sie nicht mehr zu isoliren und zu sammeln sind. Todesfälle hat er nicht erlebt, wie Andere.

**Lühe** (Demmin).

### 8) **M. Runge** (Dorpat). Bericht über einige bemerkenswerthe Laparotomien.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1885. No. 51.)

Verf. berichtet über 7 Ovariotomien und 2 Myomotomien, die größtentheils sich durch besondere Komplikationen auszeichneten.

A. Ovariotomien.

1) Tuboovarialcyste (im Arch. f. Gynäk. Bd. XXVI. Hft. 1 beschrieben).

2) Rechtsseitiges Ovarialkystom mit Darmadhäsionen und Drehung des Stiels. Aus dem punktirten Tumor ergießt sich viel dickflüssiger Eiter, der Stiel mehrmals um die Achse gedreht, der Tumor selbst mit dem Darm verwachsen, so dass bei der Trennung ein Stück Netz von 6 cm Länge zurückgelassen werden musste. Der Darm reißt auf eine Strecke von $1^1/_2$ cm ein. Darmnaht. Intraperitoneale Versorgung des Stieles wie in allen übrigen Fällen. Vom 6. Tage an Durchfall, der am 42. Tage zum Tode führt. Sektion: abgesackte septische Perimetritis, diphtheritische Geschwüre des Mastdarmes, Pyosalpinx sinistra. Die Risswunde des Darmes ist vollkommen verheilt. Wahrscheinlich besaß die Pat. schon vor der Aufnahme die Darmaffektion.

3) 66jährige dekrepide Frau mit einer bis zum Nabel reichenden, höckrigen Geschwulst, durch einen langen Strang mit dem Uterus zusammenhängend. Bald nach der Aufnahme entzündliche Erscheinungen in der Geschwulst. Operation ohne Komplikation. Trotz mehrmals in der Zeit nach der Operation auftretendem Collapsus und hypostatischer Pneumonie Genesung am 35. Tage.

4) 50jährige Landarbeiterin. Der harte, nierenförmige Tumor spiegelt eine Wanderniere vor, doch entscheidet der Mangel an Pulsation in dem hilusartigen Abschnitt der Geschwulst und der die Geschwulst mit dem Uterus verbindende Strang dagegen. Diagnose wird auf Uterusfibrom gestellt.

Bei der Operation ergiebt sich, dass die Geschwulst ein Kystom des rechten Ovarium mit Stieldrehung ist. Verlauf ohne Komplikation.

5) 55jährige Frau, Geschwulst seit 6 Jahren; Leibesumfang 136 cm. Die Geschwulst reicht bis zum Processus ensiformis, zeigt deutliche Fluktuation und ent-

hält einige knollige Partien. Bei der Operation findet sich die Cyste vom Nabel aufwärts mit der Bauchwand verwachsen, eben so mit der Gallenblase. Starke Blutungen bei der Lösung der Verwachsungen. Verlauf günstig. Geschwulst enthielt 28 Liter Flüssigkeit.

6) 48jährige Esthin; Geschwulst seit $^1/_2$ Jahr bis zum Nabel. 3 Wochen vor der Operation Schmerzen im Leibe, mit Fieber und Erbrechen. Bei der Operation finden sich in der Bauchhöhle gallertartige Massen; der Tumor ist am oberen Ende geplatzt (Riss 7 cm lang), der Stiel geht von der rechten Uteruskante aus. Nach Ligatur und Abtragung der Geschwulst entdeckt man einen zweiten vom linken Ovarium ausgehenden Tumor von Kindskopfgröße; Ligatur, Abtragung. Das Peritoneum geröthet und mit einem weißlichen Überzug theilweise bedeckt, der sich, so wie die gallertartigen Massen nicht vollständig entfernen lässt. Der Verlauf wurde nach genügender Entleerung der Därme günstig. Genesung am 16. Tage. Beide Cysten, die erste mannskopfgroß, enthalten sehr zähe gelatinöse Massen; in der Bauchhöhle fanden sich 1300 ccm. Die mikroskopische Untersuchung zeigt proliferirendes Cystoma ovarii glandulare.

Bei Besprechung dieses Falles macht Verf. darauf aufmerksam, dass von 12 ähnlichen in der Litteratur beschriebenen Fällen 7 tödlich endeten und dass nach den Erfahrungen Olshausen's Recidive ohne Betheiligung des Stielrestes oder des anderen Ovariums auftreten können. Bei der Erklärung dieser Erscheinung und der Veränderungen im Peritoneum schließt er sich der Erklärung Werth's an, welcher den Grund in dem vom Peritoneum unresorbirbaren Mucingehalt der gallertigen Flüssigkeit findet. In der That enthielt die entleerte gallertige Flüssigkeit in diesem Falle auf $64^0/_{00}$ feste Bestandtheile $29^0/_{00}$ Mucin[1].

Übrigens war 6 Wochen nach der Operation der Zustand der Pat. gut geblieben.

7) 43jährige Frau mit zahlreichen Myomen, der Uterus faustgroß, hinten unten ein kleinapfelgroßes Myom, das in den Cervix übergeht. Uterushöhle 10 cm lang. Heftige Blutungen. Bei der Operation ergiebt sich die Unmöglichkeit der Myotomie. Kastration. Das linke Ovarium cystisch degenerirt. Das rechte Ovarium war mit der hinteren Wand des Tumors verwachsen und konnte nicht entfernt werden. Möglichst viele der zum Uterus ziehenden Gefäße unterbunden. Verlauf günstig. Blutungen ließen Anfangs bedeutend nach, die Geschwulst wurde kleiner; einige Monate später wurden die Blutungen aber wieder stärker. Tod nach einem Jahre.

B. Myotomien.

1) 30jährige Lettin; hat nie geboren. Ausdehnung des Leibes 96 cm, Geschwulst reicht beiderseits bis unter die Rippenbogen. Uteruscavum 16 cm. Die Geschwulst im oberen Abschnitt prall elastisch und scheint direkt in den Uterus überzugehen. Geschwulst vergrößert sich während der Menstruation. Bei der Operation findet sich der Uterus so gedreht, dass das rechte Ovarium links vorn, das linke rechts hinten liegt. Elastischer Schlauch um den Uterus, Abtragung der Geschwulst, Etagennähte. Nach Abnahme des Schlauches beträchtliche Blutung aus dem Stiel, durch Unterbindung verkleinert. Die Konvalescenz wird durch asthmatische Anfälle (Embolie der Lungenarterien [?] gestört); Heilung nach 8 Wochen. Die Geschwulst ist 11 Pfund schwer; die Uterushöhle ist auf 5 cm eröffnet.

2) 50jährige Esthin; hat niemals geboren. Seit 7 Jahren eine Geschwulst im Leibe, die jetzt bis 2 Finger unter den Nabel reicht. Sonde dringt 14 cm in den Uterus. Bei der Operation wird die Uterushöhle auf 7 cm eröffnet; sie wird mit 10%iger Karbolsäure ausgetupft und vernäht. Stumpf durch Etagennähte versorgt und mit Peritoneum umsäumt. Nach Abnahme des Schlauches ziemlich starke Blutung, die nach zahlreichen Umstechungen beinah völlig steht. Verlauf reaktionslos, nach 5 Wochen Pat. entlassen. Der Tumor wiegt 800 g und besteht aus zahlreichen Myomen, welche cystische Räume enthalten. **Reimann** (Kiew).

---

[1] Der Fall von Donat (Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 3) war dem Verf. noch nicht bekannt.

### 9) Wiedemann. Ein Fall von Eileiterschwangerschaft mit Ausgang in Genesung.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1885. No. 10.)

Verf. nimmt an, dass ein Verlauf der Extra-uterin-Schwangerschaft wie in seinem Falle noch nicht beobachtet worden ist, obgleich solche Fälle vielleicht häufig vorkommen, aber sich der Beobachtung entziehen.

25jährige kräftige Kranke, Abort im 2. Monat, im Mai 1884. Menstruation regelmäßig bis Mitte August, von da an periodischer Blutfluss. Ende September fand der Verf. einen anteflektirten, vergrößerten, etwa dem 2. Schwangerschaftsmonat entsprechenden Uterus, im linken Parametrium eine walnussgroße prall-elastische Geschwulst; starke Pulsation der Gefäße im linken Scheidengewölbe. 14 Tage später war der Tumor im linken Scheidengewölbe apfelgroß, Mitte Oktober wurden 4 Membranen aus dem Uterus ausgestoßen, die bei mikroskopischer Untersuchung den Bau der Decidua zeigten. Bei einer weiteren Untersuchung 14 Tage später fand der Verf. aber das linke Ovarium vergrößert, von demselben eine mäßig dicke strangförmige Infiltration zum Uterus gehend, vom früheren Tumor nichts mehr zu fühlen.

Der Verf. nimmt an, dass in diesem Falle eine Tubargravidität bestanden habe: der Eisack sei geplatzt und es sei ohne alarmirende Symptome und nachweisbare Blutung eine sog. Naturheilung zu Stande gekommen. Den Anlass dazu habe vielleicht gegeben, dass die Pat. 3 Tage früher ein Kind auf das Bett hob, wonach sie (indess nur wenige Stunden lang) kolikartige Schmerzen im Bauch fühlte.

Verf. erwähnt noch, dass auch in diesem Fall, wie schon Hennig[1] angegeben, eine langanhaltende Blutung vorhanden war. In Betreff der Therapie spricht sich Verf. in den ersten 2 Monaten für Punktion des Sackes, im späteren Stadium der Schwangerschaft für Laparotomie aus. **Reimann** (Kiew).

### 10) Jessipow (Moskau). Ein Fall von Zerreißung der Urethra beim ersten Coitus und 2 Fälle von Hämatometra bei Undurchgängigkeit der Scheide.

(Medicinische Rundschau 1886. No. 1. [Russisch.])

Der Aufsatz behandelt 2 Fälle von Hymen imperforatus.

1) 18jähriges Mädchen, seit einem Jahre Molimina menstrualis und Vergrößerung des Leibes. Das Hymen in Form einer Blase vorgetrieben, Fundus uteri 3 Finger über der Symphysis pubis. Eröffnung des Hymen durch Trokar (ambulatorisch). Heilung.

2) 19jährige Kranke, hat nie Regeln gehabt, seit 2 Jahren Schmerzen im Kreuz und Unterleib. Anfangs alle 3 Wochen, später öfter; Vergrößerung des Leibes. In der Hochzeitsnacht (beide Gatten waren betrunken) heftige Genitalblutung. Der herbeigerufene Arzt fand die Kranke sehr anämisch, den Fundus uteri einen Finger über dem Nabel, das imperforirte Hymen blasenförmig vorgetrieben und einen sich 2 cm nach oben erstreckenden Riss der Harnröhre. Die Harnröhre wurde genäht und nach erfolgter Heilung das Hymen mit Trokar eröffnet und die Öffnung erweitert. Der Finger fühlte Uterus und Scheide in eine gleich weite Höhle verwandelt, in welcher nur der innere Muttermund eine kleine Verengerung bildete. Verlauf günstig. Verf. legt besonderes Gewicht auf den Riss der Urethra und glaubt, dass Verletzungen der Harnröhre überhaupt sehr selten sind.

**Reimann** (Kiew).

---

[1] C. Hennig, Krankheiten der Eileiter. 1876.

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**Nº 19.** **Sonnabend, den 8. Mai.** **1886.**




## I. Eine Frage zur Lehre von der Menstruation.


Von
Prof. Dr. **M. Flesch** in Bern.


Die folgenden Bemerkungen sind mir nahe getreten gelegentlich der durch Vorbereitung zu embryologischen Vorlesungen nöthig gewordenen Beschäftigung mit der Lehre von der Ovulation; zu deren Niederschrift veranlasst mich die Lektüre einiger neuerer Publikationen über jenes Thema. Da mir Zeit und Material zur systematischen Bearbeitung fehlen, so kann die folgende kurze Notiz in keiner Weise beanspruchen, mehr zu sein, als Mittheilung einer Hypothese, welche vielleicht zur Lösung der diskutirten Fragen förderlich sein mag.

1) Es ist wichtig, die menstruale Blutung nicht ohne Weiteres mit dem Status menstrualis zu identificiren. Es ist bekannt, dass die uterine Blutung bei sog. vikariirender Menstruation an sehr entlegenen Körperstellen substituirt sein kann. Dass man aber die normale menstruale Blutung als nichts Anderes, denn die lokale Äußerung eines den gesammten Gefäßapparat betreffenden physiologischen Zustandes auffassen darf, scheint das — weit weniger als die vikariirende Menstruation beachtete — Vorkommen hämorrhagischer Ergüsse bei kranken Individuen während der Menstruation zu beweisen. Es sind mir einige sehr eklatante Beobachtungen dieser Art aus Sektionen, die ich gemacht habe, bekannt. So betreffen zwei von

Dr. Kollmann in Würzburg, wenn ich nicht irre im ärztlichen Intelligenzblatt publicirte Fälle der so seltenen Pankreas-Hämorrhagie menstruirende Frauen; ich erinnere mich tödlicher Hirnhämorrhagien und Lungenblutungen bei Menstruirenden, deren plötzliches Auftreten nach dem sonstigen Befund immerhin auffallend war.

2) Die lokale Bedeutung der Blutung wird vielfach dahin präcisirt, dass sie den Boden zur Aufnahme des Eies präparire. Bei Abdominalschwangerschaft hat aber das Ei ohne jede Analogie der Ortsverhältnisse und ohne präparatorische Hämorrhagie diesen Boden gefunden. Steht es aber überhaupt fest, dass das Ei während oder unmittelbar nach der Periode in die Uterushöhle kommt? Wir wissen darüber gar nichts. Wenn die Konception bald nach der Menstruation leichter erfolgt als später, so kann dies recht wohl darauf beruhen, dass das Sperma zu dem Ei in einer günstigeren Entwicklungsperiode des letzteren gelangt. Wo normalerweise die Befruchtung bei dem Menschen erfolgt, wissen wir nicht; geschieht es, nach Analogie bei anderen Thieren, in der Tube, so müsste überhaupt noch festgestellt werden, wie lange das befruchtete Ei zu seiner Wanderung bis in die Uterushöhle braucht; wir wissen auch darüber nichts; möglicherweise ist diese Zeit so groß, dass inzwischen die supponirte präparatorische Lockerung der Schleimhaut bereits längst vergangen ist. Die hypothetische Rolle der menstrualen Blutung als Vorbereitung des Uterus zur Aufnahme des Eies rechnet jedenfalls mit mehreren unbekannten Faktoren.

Bekannt ist es, dass die Zeit der Befruchtung, bez. deren Eintritt in einer bestimmten Lebensreife der betheiligten Zellen — Ei und Samenzelle — für die Entwicklung normaler Individuen von Bedeutung sein kann. Sollte nun der Werth der menstrualen Blutung für die Züchtung der Art nicht darin zu suchen sein, dass sie ein älteres im Uterus liegendes und eben seines Alters wegen für die weitere Entwicklung weniger günstiges Ei wegschafft, während ein jüngeres in einer günstigeren Lebensphase stehendes eben heranreift, oder sich auf dem Wege zur Uterushöhle befindet? Dasselbe könnte durch vermehrte Sekretion der Uterindrüsen geleistet werden, wie eine solche ja bei Thieren als der Menstruation vergleichbare periodische Erscheinung vorkommt. Nach dieser Auffassung würde sich also die Menstruation anderen Einrichtungen in der Thierreihe anschließen, welche das Zustandekommen der Befruchtung in dem relativ günstigsten Augenblicke befördern.

3) Wir können keine Erklärung dafür beibringen, warum sich diese Einrichtung als uterine Blutung manifestirt. Immerhin bieten aber vielleicht die vorangegangenen Betrachtungen auch einen Anhalt, um wenigstens etwas näher der Lösung auch dieser Frage zu kommen, wenn wir nämlich die Blutung als lokale Äußerung einer periodisch auftretenden Erscheinung, einer hämorrhagischen Diathese, wenn dieser Ausdruck hier gebraucht werden darf, betrachten. Könnte nicht die Gegenwart des Eies im Cavum uteri die Ursache sein,

wesshalb sich die Blutung hier lokalisirt? Ist es absolut undenkbar, dass das Ei bei längerem Liegen als Reiz wirkt, dass es geradezu durch seine Anwesenheit die Kongestion provocirt? Allerdings liegt der Einwand nahe, dass ja auch das befruchtete Ei ähnlich wirken könnte. Es fehlt ja aber nicht an Vorgängen, welche zeigen, dass bestimmte Reflexe durch ganz schwache Reize ausgelöst werden, während stärkere Reizung derselben Region fast wirkungslos verläuft. Es sei gestattet, als Parallele an vasomotorischen Vorgängen ein Beispiel heranzuziehen, dessen Plumpheit ich nicht verkenne: Die Entstehung einer 2—3 cm im Durchmesser haltenden Quaddel nach einem Flohbisse und die circumscripte Röthung um einen Messerschnitt oder Nadelstich (dessen Effekt man noch durch Einreiben von Ätzmitteln steigern mag) an derselben Hautstelle. Die Reizwirkung des kleinen Gebildes in der Uterushöhle, welche die Lokalisation des Status menstrualis in der Uterushöhle herbeiführt, erhält eine ganz andere Form mit dem Größenwachsthum des befruchteten Eies, während gleichzeitig der neue vielleicht durch veränderte Cirkulation im Becken herbeigeführte physiologische (Schwangerschafts-) Zustand dem ursächlichen Momente für den Status menstrualis selbst entgegenwirkt. Ich verkenne nicht, dass gerade dieser letzte Punkt der hier mitgetheilten Überlegungen am schwächsten begründet ist, und sehe von jedem Versuche ab, ihn weiter auszuführen; nur glaube ich noch darauf hinweisen zu dürfen, dass vielleicht das gerade in den ersten Schwangerschaftsmonaten noch sich zeigende Vorkommen menstrualer Kongestionen, das Auftreten von Aborten in früheren Monaten in einer dem Menstruationstermin entsprechenden Zeit eher für, als gegen die hier in Anregung gebrachte Auffassung verwerthbar sein könnte.

Die Frage, deren Berührung den eigentlichen Zweck dieser Zeilen bildet, wäre sonach die, ob nicht die menstruale Uterinblutung aufzufassen sei als mechanisches Mittel zur Entfernung eines in der Uterushöhle verweilenden Eies und sonach als eine Einrichtung, welche den Eintritt der Befruchtung in der günstigsten Lebensphase des nachkommenden Eies befördert.

Bern, 21. März 1886.

---

## II. Zur antiseptischen Technik.

Von

**Dr. Belaieff** (Kiew).

Eine der Hauptaufgaben der Antisepsis ist die Desinficirung der Hände des Operirenden und aller Gegenstände, die mit dem Operationsfeld in Kontakt kommen. Die verschiedenen Methoden zur Desinfektion der Instrumente, Schwämme u. A. sind als zuverlässig gefunden, und werden je nach individuellen Ansichten des Operirenden angewandt. Das Aseptischmachen der Hände, wenn es auch als Schwerpunkt der ganzen Antiseptik geschätzt wird, bleibt noch immer der unsicherste Theil der ganzen antiseptischen Methodik.

Wie weit auch die verschiedenen Kliniker in ihren Meinungen über den

Werth der einzelnen Desinficientien differiren, so finden sie doch alle übereinstimmend für unzulässig, der chemischen Wirkung allein die ganze Aufgabe anzuvertrauen. Alle fordern am ersten Platze das gründliche Waschen der Hände. Was man darunter verstehen soll, wird entweder verschwiegen, oder, wie es mir scheint, nicht mit genug strikten Anweisungen beantwortet. Die Einen rathen, das Nagelbett und die Nägel sorgfältig mit Bürste und Seife zu behandeln, die Anderen geben auch die Zeit an, welche sie zu solcher Behandlung als genügend betrachten. Solche Vorschriften machen den Leser mit dem Maße der Sorgfalt, die der betreffende Autor bei seinen Operationen anwendet, wohl vertraut, können aber Keinem als sicherer Leiter zum gründlichen Reinigen der Hände dienen. Möge der Vorschreibende bei jeder Operation über die Reinheit der eigenen Hände noch so sicher sein, die Hände der Assistirenden, wenn sie auch seinen Vorschriften folgen, bleiben für ihn mehr oder weniger verdächtig. Solcher Verdacht hat noch mehr seinen Grund, wenn die Vorschriften von Personen befolgt werden müssen, die von der Nothwendigkeit der skrupulösesten Ausübung der antiseptischen Maßregeln noch wenig durchdrungen sind, wie z. B. Studenten, Hebammen etc. Bei dem Einüben der prophylaktischen Antisepsis der Hebammenschülerinnen an der St. Petersburger Gebäranstalt fiel mir der Gedanke ein, irgend einen Prüfstein zu finden, womit man das möglichst gründliche Waschen der Hände sichern könnte. Solche Sicherheit können wir nur in dem Falle bekommen, wenn wir überzeugt sind, dass alle Schlupfwinkel unserer Hände mit Seife und Bürste in nähere Bekanntschaft gerathen sind. Schon a priori muss man erwarten, dass solche Depots für Infektionskeime nicht nur individuell verschieden, sondern auch mit der Zeit, je nach dem Zustande der Hände, sich ändern müssen. Daraus wird das Ungenügende der Vorschriften wo, womit und wie lange man die Hände waschen muss, ins Klare gebracht und es drängt sich die Forderung auf, ein Reagens zu finden, dass alle Schlupfwinkel recht sichtbar macht. Wenn wir alle Rinnen und Risse der Hände mit einem leicht erkennbaren Mittel durch Einreiben füllen und dann mit Bürste und Seife, mechanisch, alle Spuren des Mittels entfernen, so können wir die Uberzeugung gewinnen, dass dabei auch die Infektionskeime fortgeschafft, oder wenigstens den folgenden chemischen Desinficientien genug zugänglich gemacht worden sind. Die dazu nothwendigen Eigenschaften des Reagens sind: 1) indifferente Wirkung auf die Haut; 2) Feinheit der Zertheilung; 3) Unlösbarkeit in Wasser und Fett und 4) intensive Farbe.

Nach einigem Suchen erschien mir die sog. Aqua marina-Farbe in der Form einer gut verriebenen Vaselinsalbe (1 : 5—8) am zweckmäßigsten. Damit ließ ich die an das Kreißbett kommende Hebammenschülerin ihre Hände gut einreiben, bis die Nagelbette und die Rinnen unter den Nägeln reich mit der Salbe gefüllt waren; dann gab ich ihr Bürste und Seife und forderte sie auf, sich mit deren Hilfe rein zu waschen. Zur Kreißenden wurde sie nur dann zugelassen, wenn jede Spur der blauen Färbung überall verschwunden war (was zu kontrolliren keine Schwierigkeiten bietet), und die Hände darauf reichlich mit Sublimatlösung 1 : 2000 bespült wurden. Es fiel dabei der schroffe Unterschied in den zum Reinwaschen anzuwendenden Anstrengungen für einzelne Personen in die Augen. Einige, mit glatten, weichen Händen kamen schnell zum Ziele, andere, besonders mit verunstalteten Nägeln brauchten dazu nicht weniger als eine Viertelstunde.

Wie schwer es ist, sich auf gewöhnliche Weise so gründlich zu waschen, selbst wenn man auch seine Hände sehr gut kennt, habe ich mich überzeugt bei dem Versuche, die eingeriebene Salbe im Dunkeln abzuwaschen. Putzt man sich die Hände mit der Bürste noch so lange Zeit, und wie es scheint überall, so findet man bei Licht doch immer irgend wo unzweifelhafte blaue Spuren der Salbe.

Kiew, 1. Februar 1886.

## 1) W. A. Freund. Die Verletzungen der Scheide und des Dammes bei natürlich ablaufender und bei künstlich mittels der Zange beendigter Geburt.

(Gynäkologische Klinik Bd. I. p. 135.)

Nach einer kurzen Besprechung der Cervixrisse geht Verf. zur eingehenden Beschreibung der Verletzungen der Scheide über, deren Entstehen an bestimmten Stellen des Scheidenkanals durch den anatomischen Bau der Wände des Geburtskanals und durch deren größere oder geringere Dehnung bei der Geburt bedingt ist. Die von Zerreißungen besonders bedrohten Stellen sind hiernach im Laquear vaginae die seitlichen Partien, deren Verletzungen meist die Fortsetzung von Cervixrissen darstellen, ferner im mittleren Theil der Scheide die hintere Wand, und zwar besonders die die Columna rugarum posterior beiderseits begrenzenden Zipfelpartien, endlich am Beckenboden ebenfalls die hinteren Partien. Die Durchreißung der die Columna rugarum posterior begrenzenden Zipfelpartien betrifft besonders die Seite, auf welcher das Gesicht herunterrückt. An der Vorderwand der Vagina sind ebenfalls die Partien neben der Columna rugarum anterior, besonders bei Vorderscheitellage, gefährdet, und an der Vorderwand der Vulva kommt es durch den Druck des herabrückenden Kopfes sehr gern zur Durchquetschung der der Symphyse und dem Arcus pubis angelagerten Gebilde.

Kommt es schon bei normalem Bau der Vagina sehr häufig zu Verletzungen an den erwähnten Stellen, so ist dies in noch höherem Grade der Fall beim Vorhandensein prädisponirender Momente; solcher führt Verf. viererlei an: 1) Narben im Laquear nach abgelaufenen parametritischen und parakolpitischen Processen, ferner nach Fisteloperationen, nach Excision größerer Scheidencysten etc.; 2) Rigidität der Scheide bei alten Erstgebärenden, welche besonders das untere Drittel und nur selten — bei über 40jährigen Personen — auch das Scheidengewölbe betrifft; 3) angeborene Enge der Scheide bei allgemein verengtem Becken oder allgemeinem infantilen Habitus; 4) behinderte Ausdehnungsfähigkeit an gewissen Stellen, besonders solchen, wo sich auf der Innenfläche des Beckenkanals Knochenvorsprünge befinden, z. B. zu abnorm vorspringende Spinae ossis ischii.

Am typischsten verhalten sich diejenigen Risse, welche unter die zweite und dritte Kategorie fallen; sie betreffen stets die Stellen der stärksten Dehnung und die anatomisch am schwächsten angelegten Partien. Die Risse der vierten Kategorie kommen dadurch, dass sich während des Geburtsherganges die Wände des Geburtsschlauchs stark verschieben, nicht an den den Knochenvorsprüngen unmittelbar anliegenden Wandpartien zu Stande, sondern es kommt zu unregelmäßigen, fistulös nach verschiedenen Richtungen verlaufenden Rissverletzungen; dieselbe fistulöse Beschaffenheit kann auch Dammrissen so wie den durch den Druck des Kopfes gegen den Arcus pubis entstandenen Verletzungen zukommen. Durch die gewaltige

Dehnung und Verschiebung des Scheidenkanals werden ferner die Verbindungen der Scheide mit Blase und Mastdarm gezerrt und hierdurch das Zustandekommen von Inversion der Scheidenwände begünstigt, oder es kann bei Zertrümmerung dieser Verbindungen und bei starker Dilatation der hier befindlichen Venen-Netze zu mehr oder weniger ausgedehnter Thrombosenbildung kommen.

Bedeutendere Läsionen des Geburtskanals als bei spontaner Geburt kommen natürlich bei Applikation der Zange vor; die Ursachen sind Vergrößerung des Kopfumfanges durch die Zangenlöffel, Beschleunigung des Durchtritts des Kopfes durch den Geburtskanal, Vorspringen der Löffelrippen bei nicht symmetrisch am Kopf anliegenden Zangenlöffeln, Steigerung der Verschiebung der Scheidenwände, endlich Behinderung des Zustandekommens eines günstigen (d. h. des normalen) Mechanismus beim Durchtritt des Kopfes. Im Wesentlichen sind es dieselben Prädilektionsstellen der Scheide, wie bei spontaner Geburt, welche auch bei Anlegung des Forceps zum Zerreißen disponiren, nur in größerem Umfange. Beträchtliche Verschiebung der Scheidenwände auf ihrer Unterlage mit oder ohne Durchquetschung der Scheidenwand selbst, tiefe penetrirende Verletzungen bis ins Parametrium, tiefe fistulöse Riss- und Quetschwunden und tiefe Einrisse in den Damm können hier zur Beobachtung kommen; ganz besonders ist quere oder schräge Durchtrennung der Columna rugarum anterior oder posterior geradezu der Zange eigenthümlich und kommt besonders bei Vorsprüngen der Löffelrippen vor.

Die Erörterung des Einflusses der Zange auf die Entstehung der Scheidenverletzungen führt Verf. zu einer Besprechung der Anwendbarkeit und Wirkungsweise der Achsenzugzange, und zwar des Forceps Tarnier, den er in einer großen Reihe von Fällen geprüft hat. In Bezug auf die vier ersten der angeführten Punkte hat auch der Forceps Tarnier ungefähr dieselbe — nicht oder fast nicht zu vermeidende — nachtheilige Wirkung auf die Weichtheile des Geburtskanals, aber in Bezug auf den 5. Punkt (Zustandekommen des günstigen Geburtsmechanismus) rühmt Verf. demselben Vortheile vor den gewöhnlichen Zangen nach; er eigne sich besonders zur Anlegung an den im Beckeneingang oder beweglich oberhalb desselben stehenden Kopf, um denselben in die Beckenhöhle hineinzuziehen. Wenn Letzteres geschehen ist, so räth Verf., das Instrument abzunehmen, weil ja der eigentliche »Achsenzug« beendigt ist, und die weitere Extraktion mit einer Zange gewöhnlicher Konstruktion zu vollenden. Als Achsenzugzange benutzt Verf. ein dem ursprünglichen Tarnier'schen Modelle ähnliches Instrument mit gehöriger Dammkrümmung, genügend kleiner Kopfkrümmung und schlanken, schnell konvergirenden Löffelhälsen, in leichteren Fällen ein der Aveling'schen Zange ähnliches Instrument ohne Zugvorrichtung. (Wenn auch in der Achsenzugzange wegen der Beweglichkeit der mit den Löffeln verbundenen Zugstangen der Kopf eine größere Unabhängigkeit von der Zugrichtung erhält, so möchte doch die

Annahme, dass bei Anwendung der Achsenzugzange ein natürlicher Geburtsmechanismus zu Stande komme, etwas gewagt erscheinen; bei im Beckeneingang oder oberhalb desselben stehendem Kopfe ist und bleibt jede Zange — selbst der Forceps Tarnier — auch in der Hand des Geübten ein für die Weichtheile des Gehurtskanals höchst gefährliches Instrument, wesshalb vor dem Gebrauche des Instruments in diesem Stadium der weniger Erfahrene nicht genug gewarnt werden kann. Ref.)

In klinischer Beziehung sind besonders die von der Gegend der Spinae ossis ischii aus auf- oder absteigenden Fistelrisse und die durch die Columnen selbst verlaufenden Läsionen von Bedeutung. Alle frischen nicht fistulösen Verletzungen empfiehlt Verf. durch die Naht zu schließen, die Behandlung der fistulösen Verletzungen besteht bei ungenügend weiter Eingangsöffnung in Dilatation derselben und in Ausstopfung des Fistelganges mit desinficirenden Tampons. Bei Anlegung der Naht ist — besonders bei Vereinigung der Dammrisse — sorgfältig darauf zu sehen, dass die zerrissenen Theile wieder genau so an einander gebracht werden, wie sie vor der Zerreißung lagen. Dasselbe ist auch bei der Operation des veralteten Dammrisses zu beachten; zu diesem Zwecke umschneidet Verf. bei der Anfrischung genau die entstandene Narbe und vereinigt dann die an einander gehörigen Partien durch die Naht. Die vielfach geübte mediane und quere Vereinigung schafft keine normalen Verhältnisse und wird daher vom Verf. verworfen.

Zum Schlusse der Abhandlung bespricht Verf. kurz die Abzerrungen des Scheidenschlauchs von seiner Unterlage und verweist auf die beiden hauptsächlichsten Folgezustände dieser Art von Verletzungen, auf die Hämatome und Beckenbindegewebsexsudate.

**Stumpf** (München).

---

## 2) **Ebermann** (St. Petersburg). Zur Frage der Steinoperation bei Frauen.

(Petersburger med. Wochenschrift 1885. No. 5.)

Nachdem Verf. darauf hingewiesen, dass Steinkrankheit bei Frauen viel seltener ist als bei Männern (nach Pelikan 1 : 27) und dass oft auch große Steine spontan abgehen, erwähnt er 7 von ihm an Frauen gemachte Operationen wegen Lithiasis: 1mal durch Lithotripsie (Anwesenheit einer Haarnadel und eines ziemlich großen Steines bei einem 20jährigen Mädchen). 2mal Extraktion inkrustirter Haarnadeln durch die dilatirte Harnröhre, 1mal Extraktion des Steines ohne Dilatation der Harnröhre und 3mal Einschnitt eines Theiles oder der ganzen Harnröhre: 1) 68jährige Wittwe, Stein von der Größe eines kleinen Hühnereies; Einschnitt der hinteren Harnröhrenwand auf $2^1/_2$ cm, Ablösung der Inkrustationen der Blase mit dem Finger. 2) Frau von 70 Jahren, Stein hühnereigroß, etwas höckerig. Einschnitt in der Mitte der Vaginal-Urethralwand. 3) 78jährige Frau,

starker Blasenkatarrh und hühnereigroßer Stein. Nach achttägiger Einspritzung einer Jodoformlösung in die Blase Einschnitt der Harnröhrenwand auf 2 cm nach hinten und Ausziehung des Steines mit der Zange. Verlauf in allen Fällen günstig. Verf. zieht aus seinen Fällen folgende Schlüsse: 1) Steinoperationen bei Frauen sind nicht gefährlich, besonders Extraktion durch Dilatation oder Incision der Harnröhre. Selbst der Vaginalschnitt ist nicht gefährlich (Civiale). 2) Auch in hohem Alter ist die Gefahr der Steinoperation gering. 3) Weder die mechanische Dilatation, noch das Durchschneiden der Harnröhre, führt Inkontinenz mit sich. 4) Auch wenn der Stein lange in der Blasenmündung und im oberen Theil der Harnröhre eingekeilt blieb, bleibt keine Inkontinenz. 5) Die Sectio hypogastrica ist als gefährlich und überflüssig ganz auszuschließen.

**Reimann** (Kiew).

---

### 3) **Geijl** (Dordrecht). Klinische Mittheilungen.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1885. No. 7.)

An eine kritische Besprechung, Olshausen's Monographie, knüpft G. die Mittheilung eigener Fälle. Mit Bezug auf die Blutungen bei Retroflexio theilt er Olshausen's Meinung nicht und führt zwei Fälle zum Beweise an, wie die Blutung mit dem Aufheben der Lageveränderung gleich aufhören kann.

Fall 1 betraf eine junge, verheirathete, kräftige Frau, welche nach wiederholten Aborten an Hämorrhagien zu leiden anfing. Erst profuse und langwährende Menstruation, später kam die Blutung auch während der Menstrualpause vor, was nach Olshausen als Ursache von Retroflexio nie vorkommen sollte, wodurch die Frau ganz anämisch in G.'s Behandlung trat. Als der Uterus durch einen Pessar in die normale Lage gebracht wurde, ließ die Blutung gleich nach.

Eben so verhielt sich Fall 2. Nachdem der Uterus bimanuell reponirt war und von einem Schultze'schen 8-Pessar in situ gehalten wurde, hörte die Blutung vom 2. Tage an vollständig auf. Ebenfalls glaubt G. die Erosionen der Portio vaginalis von größerer Bedeutung, wie Olshausen zu thun geneigt ist, welche nach Olshausen zu profusen Menstrual- oder unregelmäßigen Blutungen nie Veranlassung geben sollten. Da die Erosionen nur äußerst selten isolirt vorkommen, so ist der Beweis für oben genannte Meinung nicht leicht zu führen. Im großen Ganzen darf man wohl sagen, dass Affektionen der Portio Blutungen des Endometrium hervorbringen können.

G. erwähnt folgenden Fall. Bei einer Pat. war bei normaler Gebärmutterlage das Labium post. so stark hypertrophirt und verlängert (15 cm), dass es außer dem Introitus vaginae zu sehen war. Sie klagte über heftige Uterusblutungen. Eine Ablatio der hinteren Lippe mit keilförmiger Basis nach Schröder, war genügend zur Aufhebung aller lästigen Symptome.

Mit Bezug auf den kurativen Effekt der Gebärmutterausspülungen

auf das Endometrium stimmt G. Olshausen größtentheils bei; weniger ist er einverstanden mit der These, dass in den Fällen, in welchen keine Heilung eintritt, eine radikale Ausräumung der Uterushöhle vorgenommen werden sollte. In 2 Fällen, wo trotz Intra-uterin-Injektionen keine Heilung eintrat, folgte sie nach Anwendung von Extr. fluid. Hydrast. canad., dessen Gebrauch er weiter aufs Wärmste empfiehlt.

Von den 6 Fällen, bei welchen er das Curettement versuchte, trat einmal Konception ein, bei 4 ließen die üblen Symptome des Endometriums nach, und bei einem war keine Heilung zu bemerken. Diese genaß jedoch nach Anwendung von Hydrastis. G. hatte öfters die Gelegenheit zu beobachten, dass die chronische Gonorrhoe des Mannes fast immer die Ursache von Fluor albus war. Als die Karbolsäurelösung zu schwach war zur Tödtung der Gonokokken — die stärkere wurde nicht oder schlecht vertragen — versuchte er bei 4 Frauen 0,1% bis 0,025%ige Sublimatlösung. Nach der Einspritzung lässt er immer eine halbe oder eine ganze Stunde Ruhe nehmen. Als eine Pat., bei welcher er eine 0,025%ige Lösung injicirt hatte, heftig über Unterleibschmerzen zu klagen anfing und blutiges Sekret aus den Genitalien floss, welches den ganzen Tag anhielt, hat er diese Behandlungsweise wieder verlassen. Obgleich er den von Olshausen modificirten Bozemann-Fritsch'schen Katheter für ein vorzügliches Instrument hält, so gehört eine größere Biegsamkeit auch bei diesen eben so wie bei allen anderen noch zu den Pia vota.

Die resorbirende Behandlung der chronischen Infiltrationen durch intra-uterine Einspritzungen empfiehlt G. sehr. Für diese Fälle, welche jeder Therapie widerstreben, schlägt er eine ganz neue Methode[1] der Behandlung vor. Da es bekannt ist, dass solche Affektionen bisweilen während der Schwangerschaft spontan verschwinden können, so kam er auf die Idee, einen Zustand hervorzurufen, welcher etwa der Schwangerschaft ähnlich ist.

Hierzu wurde der Uterus mit einem Tupelostifte langsam dilatirt und während einiger Tage in dem so erworbenen, geschwollenen, weich ödematösen Zustand gehalten. Die Uterushöhle wurde fortwährend sorgfältig desinficirt und gleich nach der Herausnahme des Stiftes der resorbirende Apparat in Wirkung gebracht. Während der Behandlung wurde die strengste Ruhe eingehalten. Zwei Fälle hat er derartig behandelt.

1) Frau N., vom 11. Jahre regelmäßig menstruirend, im 24. Jahre verheirathet, ist nach einem Jahre niedergekommen. Vorher immer gesund, hat sie im Wochenbett gefiebert und über leichte Bauchschmerzen geklagt. Weiter war nichts Abnormes zu bemerken. Die bald wiederkehrenden Menses waren von der Zeit an schmerzhaft.

---

[1] Schon in der ersten Auflage meiner Lageveränderungen ist diese Methode ausführlich beschrieben. (Fritsch.)

Außerdem zeigte sich Fluor albus. Lendenschmerzen mit Blähung des Abdomen. Seit 3 Jahren steril.

Die äußeren Genitalien waren normal, auch die Vagina; die Portio vaginalis steht hoch, nach hinten und links, das Corpus uteri liegt stark geknickt auf der Portio mit dem Fundus nach rechts und ist wenig beweglich. Die Bewegungen sind schmerzhaft; die Lig. sacro-uterina, vornehmlich das linke, sind straff gespannt und empfindlich. Der Stuhl war träge, die Harnentleerung normal. Therapie: Jodoformsuppositorien, heiße Vaginalduschen. Regelung von Diät und Defäkation. Wenig Bewegung empfohlen.

Als nach 4 Monaten der Zustand wenig gebessert war und die Intra-uterin-Injektionen auch nichts vermochten, so wurde die obige Behandlung vorgenommen. Der erste Tupelostift blieb 20 Stunden in situ, danach wurde der Uterus, während 4 Tage, mittels dicker Stifte im erworbenen Zustande gehalten. Der Uterus war weich bei Betastung und für den Finger leicht zugänglich. Die Gebärmutterhöhle wurde wiederholt mit einer Karbollösung ausgespritzt und am 5. Tage mit Liq. ferri sesquichlorati kauterisirt. In der Zwischenzeit ist der Uterus viel beweglicher geworden und als 3 Tage später sich die Periode einstellte, kam diese ganz ohne Schmerzen. Drei Wochen nach der Behandlung war die Schmerzhaftigkeit überall verschwunden, der Uterus sehr beweglich, nur der Fluor albus war noch anwesend. Dieser wurde durch Curettement weiter geheilt. Die Pat. hat nachher koncipirt.

2) Eine seit dem 23. Jahre verheirathete 44jährige, welche im 16. Jahre zu menstruiren anfing, hatte immer profuse und schmerzhafte, doch regelmäßige Menstruation. Ein Jahr nach ihrer Verheirathung ist sie entbunden; das Wochenbett war normal, nur wurde sie von Nachwehen gequält.

Wieder anfangend zu arbeiten, fing Pat. über Schmerzen in der linken Seite zu klagen an, welche oft heftig und langdauernd auftraten, wodurch sie genöthigt war ins Bett zu gehen. Die Menstruation blieb schmerzhaft und profus — kein Fluor albus. Der Cervix ist nach rechts tief eingerissen, die Portio ist nach links gezogen; das Corpus liegt mehr nach rechts und ist anteflektirt; Bewegungen des Uterus sind behindert und schmerzhaft; der Cervix ist verdickt und schmerzhaft; Parametritis posterior; das linke Lig. sacro-uterinum ist verdickt, straff gespannt und schmerzhaft; das rechte ist deutlich abzutasten, doch nicht empfindlich: das Laquear von dieser Seite bei Betastung sehr weich und absolut nicht empfindlich bei Druck. Das rechte Lig. latum und Ovarium normal; links ist das Lig. latum bei Recto-Abdominalbetastung sehr empfindlich. Das Ovarium ist nicht zu palpiren. Therapie: Glycerin-Jodoform-Tampons jeden Tag mit nachfolgenden Heißwassereinspritzungen. Es wird Ruhe verordnet und Nachts Prießnitz'sche Umschläge auf den Bauch applicirt. Als Alles dieses nach einiger Zeit absolut keine Hilfe geleistet hatte, so wurde am 27. Mai ein Stift eingeführt. Auffallend war es, wie

nach dem ersten Stift schon die Schmerzen vollständig nachließen. Nach dem Fortnehmen des letzten Stiftes wurde noch 2mal injicirt und die resorbirende Behandlung weiter vorgenommen. Am 30. September war der Erfolg so, dass die Pat. nur über leichte diffuse Schmerzen im Abdomen klagte, übrigens ist sie wohlgemuth und recht glücklich, ohne Schmerzen zu menstruiren, was sie nach 20 Jahren nie gethan. Die Menses sind weniger profus und vollständig schmerzfrei geworden, und dauern kürzer. Eine leichte Parametritis posterior ist objektiv immer noch nachzuweisen. Eine weitere kritische Besprechung der verschiedenen Artikel in Olshausen's Büchlein schließt G.'s interessante Abhandlung. **A. Mijnlieff** (Breukelen).

---

# Kasuistik.

## 4) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Leipzig.

Sitzung vom 16. Februar 1885.

Vorsitzender: Herr Sänger, Schriftführer: Herr Sachse.

I. Herr Landerer: Über die Behandlung des Genu valgum infantum.

(Ausführliche Veröffentlichung in Langenbeck's Archiv Bd. XXXII, 2.)

II. Herr Sänger: Über tiefe Bauchwandabscesse.

Subfascial sitzende Abscesse der Bauchwand ohne direkten Zusammenhang mit den Beckenorganen können leicht zu Verwechslungen Anlass geben mit Desmoiden der Bauchwand, Hernien, Perityphliten, intraperitonealen Exsudaten, Darmcarcinomen etc. Als Typus möge folgender Fall dienen:

25jährige Dame, vor $1/2$ Jahre zum 2. Male entbunden; im Wochenbett Parametritis dextra, die nach einer Reihe von Wochen geschwunden sein soll mit Hinterlassung einer kleinen harten Stelle in der rechten Leistengegend. Pat. war mehrere Monate damit herumgegangen, ohne sonderliche Beschwerden davon zu haben, bis im Anschluss an eine mehrstündige Reise die kleine Geschwulst rasch zu wachsen begann: unter lebhaften Schmerzen, remittirendem Fieber, Schlaflosigkeit, Abmagerung etc. Nachdem Pat. schon einige Wochen gelegen hatte, fand Vortr. im rechten Hypogastrium eine handgroße, halbkugelige, undeutlich fluktuirende, empfindliche Geschwulst, welche vom Lig. Poupartii bis zum Nabel reichte, wobei ihr längster Durchmesser ein wenig schräg von außen oben nach innen unten zog. Uterus anteflektirt, gut beweglich; im rechten Parametrium keine Spur eines Exsudates, nur eine leichte Verdichtung. Die äußere Geschwulst von innen her mit Mühe eben erreichbar. Diagnostisch als das Wahrscheinlichste ein tief sitzender Abscess der Bauchwand angenommen. Incision an der oberen Geschwulstcirkumferenz, Durchtrennung einer über 2 cm dicken, subkutanen Fettschicht, Spaltung der Fascia superficialis, worauf sich ca. $1/2$ Liter Eiter von etwas fötidem Geruch entleerte. Die buchtige Abscesshöhle hatte ihre längste Ausdehnung in der Richtung des M. abd. obliqu. ext., erstreckte sich nach oben fast bis ins Hypochondrium, nach außen bis zum Latissimus dorsi, nach unten bis zur Symphyse und überschritt nur dicht oberhalb dieser ein wenig die Mittellinie nach links. Durchspülung der Höhle mit Sublimat, ausgiebige Drainage. Glatte Heilung binnen 3 Wochen.

Es handelte sich hier offenbar ursprünglich um ein parametritisches Exsudat, welches noch nicht völlig abgeheilt war, als Pat. sich wieder wie in gesunden Tagen bewegte, die Entzündung wurde dann in mechanischer Weise in die Höhe massirt und kroch allmählich das Lig. rotund. entlang bis zum Leistenkanale. Hier zu Tage getreten, entwickelte sich dann aus einem kleinen Exsudatknoten

durch ein starkes Trauma binnen kurzer Zeit ein großer Bauchwandabscess mit ausgiebiger Zerstörung der zwischen Fascia superficialis und transversa gelegenen Muskeln, besonders des Musc. obliqu. abd. ext. Bemerkenswerth ist, dass die Scheide des M. rectus abdom. d. nicht durchbrochen worden sein konnte, sonst musste der Abscess in das Cavum Retzii eindringen und damit auch in das properitoneale Bindegewebe der anderen Seite. Es liegt hier auch der Fall vor, dass die klinische Beobachtung und Erklärung weiter reicht als das anatomische Experiment. Bei den bekannten Injektionsversuchen am parametranen und Beckenbindegewebe, welche von König, Schlesinger u. A., so wie vom Vortr. selbst (s. Archiv der Heilkunde Bd. XIX) angestellt wurden, gelang es niemals die Flüssigkeit bis in die vordere Bauchwand hineinzutreiben; sie drang nie weiter als bis zum Leistenkanal. Dies zeigt die Unvollkommenheit jener Injektionsversuche, wo an Stelle der langsam auch noch in den feinsten Gewebsspalten fortkriechenden Entzündung ein kurzdauernder, hoher Injektionsdruck gesetzt wird. Gewiss verdient das Factum besondere Hervorhebung, dass große, tiefe Bauchwandabscesse der beschriebenen Art ursprünglich von einer an der Cervix uteri stattgehabten Verletzung und Infektion ausgehen, dass sie — im Gegensatz zu den »Senkungsabscessen« — durch mechanische Weiterverbreitung »Aufstiegabscesse« werden.

In der Folge hat Vortr. noch zwei weitere Fälle großer Bauchwandabscesse beobachtet, wo von der Geburt bis zu ihrer Bildung nur eine Zeit von 7—8 Wochen lag. In dem einen Falle war der Abscessinhalt jauchig und gashaltig. Ausdehnung, Form, anatomische Begrenzung zeigte sich eben so typisch wie in dem ersten Falle. Der Sitz war, wie wohl meist, beide Male links. Auch hier fand sich die ursprüngliche Parametritis bereits abgeheilt, indess die Entzündung nach oben weiterkroch und zwar wiederum dadurch veranlasst, dass die Kranken nicht bis zum völligen Rückgange des Exsudates im Bette gehalten wurden. Die Behandlung bestehend in Incision, unter Narkose, Drainage nach 4 Richtungen, Sublimatdurchspülung, Sublimatdruckverband führte in kurzer Zeit zur Heilung. In dem Falle mit jauchigem Abscessinhalt eiterte es aus der Höhle über eine Woche lang und versiegte dann die Eiterung sofort, nachdem ein einziges Mal eine Mischung von Balsam. peruv. und Glycerin āā eingegossen worden war.

Wie schwere Folgen die landläufige, einfache Incision ohne antiseptischen Occlusivverband bei derartigen Fällen nach sich ziehen kann, zeigte dem Vortr. der folgende Fall. Eine junge Ipara, die mittels Forceps entbunden worden war, bekam Parametritis suppurativa dextra. Der Hausarzt incidirte den über dem Lig. Poupartii zum Vorschein gekommenen Abscess. Die Öffnung schloss sich aber nicht, sondern es etablirte sich eine Fistel, die trotz ätzender Einspritzungen, Laminariaerweiterung etc. unverändert blieb. Die Pat. kam durch monatelange Eiterung bei beständigem, oft sehr hohem Fieber außerordentlich herunter und es stellten sich Zeichen von Amyloidentartung ein. Vortr. nahm die Kranke in diesem Stadium in seine Privatklinik auf, spaltete in Narkose die Fistel, drainirte nach verschiedenen Richtungen die unterminirte Haut nebst Bauchmuskeln, schabte die Fistelgänge aus und verband mit Jodoform. Auch jetzt erfolgte weder Aufhören der Eiterung, noch Absinken des Fiebers. Offenbar waren nicht alle Fistelgänge ausgeräumt worden. Die Kranke verfiel in einen bedenklichen Zustand von Erschöpfung, verbunden mit unstillbarem Erbrechen, so dass sie volle 3 Wochen fast ausschließlich per rectum ernährt wurde. Unter Gebrauch der essigsauren Thonerde als Verbandmittel minderte sich die Eiterung etwas: völlige Heilung trat erst ein nach örtlicher Anwendung des Perubalsams, so wie innerlichem Gebrauch von Arsen. Bei diesem Falle hat Vortr. die günstige Wirkung des Perubalsams bei fistulösen Eiterungen schätzen lernen, die sich ihm dann auch bei Höhleneiterung trefflich bewährte.

Diskussion. Herr Landerer bemerkt in differentialdiagnostischer Beziehung, dass er 2 Fälle von Darmcarcinom mit Abscessbildung in der Regio hypogastrica gesehen habe. Ferner verweist er auf den Zusammenhang von Knochenerkrankungen des Beckens und Thorax mit Bauchwandabscessen. Er habe einen Fall von Caries der Spina post. sup. pelvis beobachtet mit Abscessbildung in der

Regio hypogastrica. Bezüglich des Sitzes der vom Vortr. geschilderten Abscesse, so glaube er, dass dieselben doch hinter den Bauchmuskeln im Cavum Retzii gelegen hätten.

Herr Sänger bestreitet Letzteres ganz entschieden. Lage und Ausdehnung der betr. Abscesse entsprach genau den breiten Bauchmuskeln. Da die Scheide des M. rectus nach innen vom Leistenkanal gelegen sei, der eben die breiten Muskeln direkt durchsetze, so sei ein Eindringen der Eiterung in den Retzius'schen Raum mit vorgängiger Durchbrechung der Rectusscheide viel schwieriger als das zwischen die Musculi obliqui. Abscesse im Retzius'schen Raume müssten genau in der Mitte sitzen und als Untergrund das Peritoneum haben, während sie in den Fällen des Vortr. ausschließlich einseitig lagen und der Boden gebildet wurde von der Fascia transversa und von Resten der Musculi obl. inf. und transversus. Der Rectus werde durch den Abscess nach der Mitte zu geschoben, könne allerdings gewiss auch einmal durchbrochen werden.

Auf die durch Knochenerkrankungen bedingten Bauchwandabscesse habe er nicht näher eingehen wollen, da das primäre Leiden meist auffällig sei.

Herr Hennig betont noch die differential-diagnostische Bedeutung von Blutergüssen der Bauchhöhle und der Bauchwände, besonders der extraperitonealen Hämatome.

III. Herr Hennig: Über die Geburt bei Naturvölkern.

Nachdem Engelmann und Ploss die Untersuchung über naturgemäßes Gebären neuerdings wieder angeregt haben, ist das Bestreben von Schatz, die Geburtskräfte zu messen, von besonderer Bedeutung geworden. Ist auch nicht zu erwarten, dass civilisirte Völker sich dem Naturzustande je wieder nähern werden, so ist es doch für viele Zwecke von Belang zu wissen, was die Geburtskräfte des gesunden Weibes zu leisten im Stande seien und wie sich dasselbe benimmt und behilft, wenn es allein gelassen ist.

Engelmann sagt, die sich selbst überlassene Gebärende folge, wenn sie der hergebrachten Beihilfe nicht theilhaftig werde, ihrem »Instinkte«. Ploss behauptet, ganz Wilde gebe es nicht mehr, auch das Naturweib sei nie ohne Einfluss von Seiten ihrer Umgebung und in irgend einer Weise bereits belehrt.

Das Engelmann'sche Buch hat weiterhin die Frage aufs Neue angeregt, welches die naturgemäßeste Stellung bei der Geburt sei.

Vortr. hat in Anmerkungen zu seiner Übersetzung des amerikanischen Werkes durch Beispiele dargethan 1) dass gelegentlich noch jetzt bei Civilisirten Geburten ohne vorgängige Belehrung der Frau vorkommen; 2) dass die Stellung während der Geburt nach deren 3 Perioden nothwendig wechselt; 3) dass in jeder Periode die Neigung des Beckens auf die Stellung des gebärenden Weibes Einfluss hat, ohne sie ganz zu beherrschen. Prochownik hat dargelegt, dass das Weib wegen seiner schwächeren vorderen Bauchmuskeln durchschnittlich etwas stärkere Beckenneigung besitzt als der Mann; Reiher hat im Archiv für Gynäkologie 1885 hinzugefügt, dass die Neigung des weiblichen Becken, so weit als Material vorliegt, nach den Rassen verschieden ist und dass die rohesten Völker weiblicherseits die geringsten Neigungswinkel darbieten, aber auch die kürzesten Beckenkanäle.

Analysiren wir den physiologischen Gebärakt, so setzt er sich bekanntlich aus den Faktoren der Thätigkeit unwillkürlicher und willkürlicher Muskeln zusammen. Erstere wirken zu Anfang der Geburt als sehr oft unbewusste Wehen, besitzen also gewisse Merkmale des Instinktiven. Die Kontroverse wendet sich also nur gegen den Begriff des Instinktes als des die ernsteren Geburtsabschnitte beherrschenden Princips. Es lässt sich aber beweisen, dass der Hauptakt instinktiv bleibt; die Hilfskräfte wirken nämlich zumeist als Reflexthätigkeiten. Wir sehen, dass beim Austreibeakt die Frucht auf dreierlei Ausgänge reizend und drückend Blase und Mastdarm in den Dienst der genitalen Ausgänge hereinzieht.

Es ist also, wie schon E. hervorhebt, der Akt der Austreibung der Frucht, ein den gewohnten benachbarten Entleerungen angepasster; daher auch die Kreißende, sie mag bis zum Augenblicke des Einschneidens des vorliegenden Theiles

gestanden, gelegen oder gesessen haben, schließlich sich wie beim unwiderstehlichen Stuhldrange benimmt — sie beugt den Oberkörper in passendem Winkel gegen das Becken, was sie halb aufsitzend, kauernd oder knieend erreicht. Vortr. muss hier hervorheben, dass die nun stark mithelfenden Bauchmuskeln nach dem Blasensprunge an sich wirksamer einsetzen können, dass die Kreißende dies aber durch Krümmung des Rückens und Anziehen der Kniee gegen den Bauch während der Wehe noch sicherer erreicht, weil dann die Ansatzpunkte der Bauchmuskeln kürzere Entfernung gewinnen und zugleich dem nun mitdrängenden Zwerchfelle besser genähert werden, eine Haltung, welche namentlich für unsere hiesigen Frauen mit stark geneigtem, oft plattem Becken die zweckmäßigste, ja diejenige ist, welche in einzelnen Fällen die Geburt allein ermöglicht.

Ploss hat in mehreren Aufsätzen die Engelmann'schen Bestrebungen bekämpft; liest man diese Recensionen, so meint man, das E.'sche Werk sei eine »Komödie der Irrungen«. E. hat aber schon in der ersten Auflage die Lücken seines Buches erkannt und zu ferneren Beiträgen für sein wichtiges Unternehmen, die Geburt möglichst von den künstlichen und modischen Zuthaten zu entkleiden, aufgefordert. Verdienstlich und für Vergleiche unersetzlich sind die von ihm namentlich in Nordamerika gesammelten Zeugnisse von Geburten bei Völkern, welche gegenwärtig im Aussterben begriffen sind. Bedeutend ist auch der Beitrag zur Geschichte des »Druckes von außen in der Geburtshilfe«, belegt durch genaue und an Ort und Stelle gesammelte Beschreibungen und durch Abbildungen, deren mehrere von unterrichteten Eingeborenen gefertigt worden.

Vortr. sucht noch nach einer anderen völkergeschichtlich bedeutsamen Funktion beim Gebärakt. Die modernen Frauen haben durchschnittlich eine Gebärmutter, welche etwas dünnere Wand am Grunde besitzt als die Wände des Corpus vorn und hinten. Vor Zeiten mag es anders gewesen sein; Zeugnisse dafür finden sich in Roederer (icones uteri humani p. 6); ferner liegen mehrere Beobachtungen von Fiebig an Javanerinnen und eine von Rüdinger an der Feuerländerin vor, welche bei jenen Eingeborenen den Fundus uteri nahezu so dick oder genau so dick wie die vordere oder die hintere Wand fanden (Hennig, Bericht der Naturf. Gesellschaft, Leipzig 9. December 1884). H. konnte dies an kräftigen Jungfrauen und an jungen Frauen erläutern, welchen er behufs bestimmter Zwecke den Mutterhals mittels Laminaria zu erweitern hatte. Von solchen wurde der Stift trotz der Lage auf dem Querbette mit erhöhtem Becken oder in der Sims-Seitenlage energisch herausgetrieben, wenn er vorsichtig bis zum Grund eingeschoben war. Wären bei jenen die Seitenwände des Uterus mächtiger als die Muskulatur des Grundes gewesen, so hätte der Stift zurückgehalten werden müssen.

---

## 5) Aus der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Paris.

Sitzung vom 12. November 1885.

(Annal. de gynécol. 1885. December.)

1) Martineau berichtet über einen Fall von Exanthem nach Impfung; dasselbe trat bei einem 2jährigen Kinde, 8 Tage nach der Impfung (Kälberlymphe) auf; es handelte sich theils um Papeln, theils um Flecken, besonders Hände und Füße wurden von einer intensiven Röthe befallen; die Eruption dauerte 4 Tage; kein Fieber; Abschuppung. M. hält es für wahrscheinlich, dass es sich um eine durch die Impfung bewirkte Infektion handelt.

Charpentier hat mehrere ganz analoge Fälle beobachtet, glaubt aber nicht, die Ursache in einer Infektion suchen zu müssen.

2) Verrier berichtet über eine Geburt, welche dadurch erschwert war, dass der abgestorbene Fötus emphysematös war. Zangenextraktion war nicht ausführbar; es wurde Dekapitation gemacht, dann Extraktion an den Armen.

In der Diskussion werden mehrere ähnliche Fälle besprochen.

3) Guéniot demonstrirt einen Verband zur Zurückhaltung von Nabelhernien Neugeborener.

4) Verrier zeigt den Gipsabguss von Hand und Fuß eines Neugeborenen

welche eine Missbildung aufweisen, ähnlich der Electrodactylie von Geoffroy-Saint-Hilaire. **Skutsch** (Jena).

### 6) **Sarchi** (Kochanow im Gouvernement Mohilew). Ein Fall von Zerreißung (?) der schwangeren Gebärmutter.

(Wratsch 1886. No. 3. [Russisch.])

Die Kranke ist 46 Jahre alt und hat 16mal geboren, ist auch sonst nie krank gewesen. Ungefähr 2 Wochen vor dem Ende ihrer 17. Schwangerschaft, die sonst keine krankhaften Erscheinungen dargeboten hatte, brachte sie bei kaltem, regnerischem Wetter barfuß ihrem auf dem Felde arbeitenden Manne das Essen. Es folgte Fieber, Schmerzen im Leibe, blutiger Ausfluss aus der Scheide und Aufhören der Kindesbewegungen, später übelriechender Ausfluss aus der Scheide. Drei Wochen später zeigte sich Röthe in der Umgebung des Nabels, welche immer mehr zunahm, bis sich endlich nach 6 Wochen eine Öffnung bildete, in welcher Knochen sichtbar wurden. Noch 2 Wochen später kamen Fäces aus dieser Öffnung zum Vorschein. Beim Eintritt in das Krankenhaus fand man in der Nähe des Nabels eine ovale Öffnung von 6 cm Durchmesser, in welcher sich 2 lange und ein Scheitelknochen eingekeilt zeigten, außerdem eine weiche, schmutzige Masse mit vielen kleinen Knochen, Geruch und Aussehen bezeugt die Beimengung von Fäces. Die Öffnung führt in die mit den Bauchdecken verwachsene vergrößerte Gebärmutter. Mit Hilfe von 4 strahlenförmigen Einschnitten wurde die Öffnung in den Bauchdecken so weit erweitert, dass die Hand eingeführt werden konnte und Knochen und sonstige Reste des Fötus entfernt. Im Fundus des Uterus fand man dann 2 um 10 cm von einander abstehende Öffnungen, in beiden zeigten sich Fäces und durch beide drang der Finger in den mit dem Uterus verwachsenen Darm ein. Auch in der Absonderung der Scheide finden sich Fäces, so dass dieselben an 3 Stellen (Bauch, Scheide und After entleert werden.

Der Verf. nimmt an, dass in Folge der Erkältung bei der Kranken Peritonitis aufgetreten sei, die den Tod des Kindes, Verwachsung des Uterus mit Bauchdecken und Darm, und Vereiterung so wie Kommunikation des Uterus und der Scheide mit dem Darm und Durchbruch vom Uterus durch die Bauchdecken zur Folge gehabt habe.

Nach Entfernung der Fötusreste hörte das Fieber auf, die Öffnung in den Bauchdecken verkleinerte sich bis zur Größe eines gewöhnlichen Afters. Aus ihr entleeren sich nicht mehr Fäces, aber noch Speisereste, was zu beweisen scheint, dass von den bemerkten 2 Kommunikationen zwischen Uterus und Darm die eine, welche in den unteren Theil des Dünndarms führte, sich geschlossen hat, während die andere in den obersten Theil des Darmes führt und offen geblieben ist. Aus der Scheide entleeren sich aber immer noch Fäces in geringer Menge. Der Allgemeinzustand ist befriedigend. **Reimann** (Kiew).

### 7) **Roberts.** Spontane Entleerung von Ovariencysten.

(Polyclinic 1885. November 15.)

In der klinischen Gesellschaft von Philadelphia wurde über folgende Fälle spontaner Entleerung von Ovariencysten berichtet:

R. sah eine Pat. mit einem Ovarialkystom, bei welcher zweimal das stark ausgedehnte Abdomen in Folge starker, wässeriger Ausleerungen zusammengefallen war.

Robinson berichtet über eine mit einem Ovarialtumor behaftete Frau, bei welcher letzterer nach wässerigen, chokoladefarbenen Ausleerungen erheblich kleiner wurde. Bei der Autopsie fand sich eine dem Colon adhärente Ovariencyste, in deren Sack fäkale Mengen enthalten waren.

Tyng operirte wegen einer unilokulären Ovariencyste, welche sich in Folge heftiger Diarrhoe verkleinert hatte. Bei der Laparotomie zeigte sich die Cyste dem ganzen Colon adhärent. Die Trennung von der Flexura sigmoidea war unmöglich. Pat. starb.

Bei einer anderen Frau entleerte der Ovarialtumor seinen Inhalt zu wiederholten Malen durch die Bauchdecken, füllte sich aber jedes Mal langsam wieder.

**Graefe** (Halle a/S.).

8) **G. C. Runge** (St. Petersburg). **Zur Frage über die Perforation unreifer Früchte bei narbigen Scheidenstenosen.**

(Russkaja Medicina 1885. No. 46. [Russisch.])

Auf Grund einer kurzen litterarischen Übersicht die absolute Seltenheit von narbigen Scheidenstenosen als Geburtshindernis betonend, geht Verf. zur Beschreibung eines Falles über, der ihm in der Klinik des Herrn Prof. Slavjansky zur Beobachtung kam. Es handelt sich um eine kranke Bäuerin, die nach der ersten, auf dem Lande durchgemachten Geburt an einer Vesico- und einer Rectovaginalfistel laborirte. Nachdem schon vor mehr als 5 Jahren die Vesicovaginalfistel in der Klinik glücklich operirt worden war, kam dieselbe im Sommer 1884 wieder zum Durchbruch, in Folge eines durch das Vesicovaginalseptum hindurchgetretenen Blasensteins. Zum zweiten Male in der Klinik Hilfe suchend, wurde die Kranke in den ersten Monaten der Schwangerschaft befunden, wobei außer den beiden obengenannten Fisteln noch eine in der Ebene der Rectovaginalfistel belegene Narbenstenose konstatirt wurde, die kaum für 3 Finger durchgängig erschien; das Becken in seinen geraden Durchmessern war leicht verengt. Nach Verlauf des 7. Schwangerschaftsmonates wurde vom Verf. mit Hilfe eines elastischen Bougies eine künstliche Frühgeburt eingeleitet. Nach verhältnismäßig kurzer Dauer der ersten Geburtsperiode wurde der vorangehende Fötuskopf von den starken Wehen rapide an die Stelle der Scheidenstenose getrieben, in welcher er ein unüberwindliches Hindernis finden sollte. Nach 2stündigem Warten musste an ein operatives Eingreifen gedacht werden, wobei Verf. bei der Wahl des hier möglichen Operationsmodus — Incision der Narbenstenose, oder Verkleinerung des vorliegenden Kindskopfes, auf letzterer stehen blieb und dieselbe durch die Kraniotomie bewerkstelligte, wobei — in Anbetracht des weichen Schädels eines 7monatlichen Fötus — bei durch Hohlspiegel bloßgelegter Vagina, eine zweischneidige Lanzette und zwei Finger der rechten Hand die Stelle des Perforators und Kranioklasten einnahmen. Das Wochenbett verlief normal; nach nachfolgender Fisteloperation wurde die Kranke geheilt entlassen.

In den der Beschreibung seines Falles nachfolgenden Kommentarien begründet Verf. die Wahl seines diesbezüglichen Operationsmodus, wobei er darauf hinweist, dass in seinem Fall der mit großer Wahrscheinlichkeit konstatirte Tod des Kindes die Indikation zur Kraniotomie sehr erleichterte; wenn man aber in Betracht zöge, dass die Lebensfähigkeit unausgetragener Früchte, derjenigen von 7 Monaten inclusive, selbst bei der besten Pflege sehr schlecht genannt zu werden verdiene, so würde selbst bei konstatirtem lebenden Kinde genannter Termine die Kraniotomie der Incision in ähnlichen Fällen vorzuziehen sein; in der modernen Geburtshilfe sei ja das Princip vorwaltend, die Kreißende und Wöchnerin vor jeder Möglichkeit eines Eindringens septischer Keime zu bewahren; bei der Verwundung narbiger Gebilde in der Scheide, die nur wenig lebensfähige Granulationen zu produciren im Stande sind, sei die Ansteckungsgefahr nicht weniger als gering zu achten. Es wäre sehr erwünscht, dass in den modernen Lehrbüchern über operative Geburtshilfe beim Behandeln der Frage über die Indikationen zur Kraniotomie nicht allein das Missverhältnis zwischen Kopf und Beckenkanal in Betracht gezogen würden, sondern dass auch die Geburtshindernisse seitens der Weichtheile des Geburtskanales die ihnen gebührende Berücksichtigung fänden; letzteres sei bis heute noch fast gar nicht der Fall.

**A. R. Fischer** (St. Petersburg).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 20.** **Sonnabend, den 15. Mai.** **1886.**




## I. Zur Kenntnis der Litteratur des Vulvacarcinoms.

Von

**Otto Küstner.**

Ich muss mich mit einigen Worten an der Diskussion über den von Rupprecht in der Gesellschaft für Geburtshilfe etc. zu Dresden am 7. Januar 1886 gehaltenen Vortrag und zwar im Anschluss an das in No. 15 dieses Blattes gegebene Referat betheiligen.

In diesem Referat heißt es:

»Redner (Rupprecht) führt aus, wie seit Dieffenbach, der diese Operation (i. e. die Exstirpation des Vulvacarcinoms) bei angeschwellten Inguinaldrüsen für verwerflich erklärt habe, bis auf den neuesten Autor, Zweifel, die Ansicht zu herrschen scheine, bei inficirten Inguinaldrüsen solle man die Vulvacarcinome in Ruhe lassen.« Darauf folgt die Beschreibung der Methode, wie Rupprecht die Leistendrüsen bei Vulvacarcinom entfernt.

1) 1880. Lehmann, Über Entwicklung, Verlauf und Behandlung der Carcinome an der Vulva. Inaug.-Diss., Halle a/S. Das Thema wird im Anschluss an 5 Fälle aus der Olshausen'schen Klinik erörtert. Die 5 Fälle sind gut beschrieben, in zweien davon wurde die beiderseitige Exstirpation der Leistendrüsen vorgenommen. In Fall 2 16 Tage nach der Operation des Primäraffektes, in Fall 5 zugleich mit dem Primäraffekt.

2) Da mir diese Dissertation wie die meisten, welche mir nicht direkt zugeschickt werden, unbekannt geblieben war, mache ich 1881 auf Grund meiner Erfahrung auf die große Malignität des Vulvacarcinoms aufmerksam. (Zur Pathologie und Therapie des Vulvacarcinoms, Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. VII.

Hft. 1). Genaue Beschreibung von 5 Fällen. Exstirpation der Leistendrüsen in 3 Fällen: in Fall 1 sekundär, in Fall 4 zusammen mit einem lokalen Recidiv, in Fall 5 sekundär.

Am Schluss der Arbeit gebe ich zu bedenken, ob man bei Carcinoma vulvae nicht unter allen Umständen, auch wenn sie überhaupt nicht fühlbar geschwollen sind, die Leistendrüsen mit herausnehmen soll.

3) In demselben Jahre erscheint in No. 31 der Berl. klin. Wchschr. »Zur Kasuistik der Neubildungen an den äußeren weiblichen Genitalien« von Müller, 8 Fälle von malignen Tumoren aus A. Martin's Klinik. Exstirpation der Leistendrüsen in einem Falle. Ausdrückliche Betonung, dass man geschwollene Leistendrüsen stets mit dem Carcinom der Vulva herausnehmen soll.

4) Wiener med. Presse 1882 No. 4: Carcinoma vulvae von Rochelt. Es wird ein Fall mitgetheilt. In dieser Arbeit wird auf meine oben citirte Arbeit verwiesen und auf eine angebliche Arbeit von F. Benicke, welche aber nichts Anderes als das Referat über meine Arbeit in No. 47 des Centralblattes für Chirurgie 1881, verfasst von Benicke, ist.

5) Goenner: Zur Kasuistik des Carcinoms der Vulva (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. VIII. p. 167). 5 Fälle aus der Bischoff'schen Klinik zu Basel; in zweien davon die Leistendrüsen exstirpirt; in Fall 4 zugleich mit einem lokalen Recidiv, in Fall 5 zugleich mit dem Primäraffekt.

Drei dieser 5 Arbeiten, die von Goenner, Rochelt und mir sind in Schröder's Lehrbuch der Gynäkologie citirt; in Winckel's Lehrbuch auch die von Müller.

Jena, 14. April 1886.

## II. Über Mutterkornpräparate.

Von

**Prof. Rud. Kobert** in Dorpat.

In einer 1884 erschienenen Broschüre[1], welche auch in diesem Blatte ausführlich besprochen worden ist, habe ich aus einander gesetzt, dass die wehenerregenden Wirkungen des Mutterkorns absolut nichts mit der Substanz zu thun haben, welche die Hauptmasse des Bonjean'schen Extraktes, des Wernich'schen dialysirten Ergotins und namentlich des Extractum secalis cornuti Pharm. germ. Edit. alt. ausmacht. In diesen Präparaten ist vielmehr, wie auch in der Sklerotinsäure von Podwyssotzki und Dragendorff, hauptsächlich Ergotinsäure enthalten, welche nach Versuchen an den verschiedensten trächtigen und nicht trächtigen Thieren so wie am isolirten überlebenden Uterus keine wehenerregenden Wirkungen besitzt.

Diese wehenerregenden Wirkungen kommen jedoch dem frisch geernteten Mutterkorn in Substanz, so wie zwei darin enthaltenen, aber allerdings noch nicht chemisch rein dargestellten Substanzen zu, welche ich Sphacelinsäure und Cornutin benannt habe. Beim Abschluss der oben genannten Broschüre war ich noch nicht im Stande, über größere Versuchsreihen mit diesen Substanzen an graviden Thieren berichten zu können. Ich habe jetzt meine Untersuchungen nach dieser Seite hin vervollständigt und erlaube mir kurz darüber im Nachstehenden zu berichten.

1) Fütterungen von Schafen, Katzen und Hunden im trächtigen Zustande mit Ergotinsäure in Dosen, welche auf Mutterkorn berechnet 100 g Mutterkorn pro kg, Thier pro dosi ausmachten, hatten auf den Verlauf der Gravidität und Geburt gar keinen Einfluss. Da die reine Ergotinsäure enorm kostspielig darzustellen ist, so wurden obige Versuche mit dem von mir in diesem Blatte (1885 No. 1) beschriebenen Pulvis secalis cornuti spiritu vini extractus, welches sehr wohlfeil ist, fortgesetzt, aber selbst nach wochenlanger Darreichung dieses Pulvers ließ sich kein Einfluss auf die Gebärmutter wahrnehmen. Ich muss also gegenüber den Einwänden, welche von vielen Praktikern gegen meine Resultate

[1] Über die Bestandtheile und Wirkungen des Mutterkorns. Leipzig, F. C. W. Vogel.

erhoben sind, von Neuem behaupten, dass die Ergotinsäure keine wehenerregenden Wirkungen besitzt.

2) Von Tanret, dem Entdecker des Ergotinins, eines schön krystallisirenden Alkaloides aus dem Mutterkorn, ist ein (wahrscheinlich vom Deutschenhass diktirter) sehr erregter Artikel gegen meine Arbeit erschienen, in welchem er ausführt, dass ich nur Zersetzungsprodukte seines Alkaloides in den Händen gehabt hätte, und dass nach wie vor sein Alkaloid als der Träger der wehenerregenden Wirkungen des Mutterkorns angesehen werden müsse. Obwohl die bedeutendsten französischen Geburtshelfer diese von ihnen früher ausgesprochene Ansicht jetzt keineswegs mehr theilen, sah ich mich doch veranlasst, über die Wirkungen des Ergotininum crystallisatum auf den Uterus neue Untersuchungen anzustellen. Das Ergebnis derselben war, dass sich mit Dosen von 1—5 mg pro kg Thier bei subkutaner Injektion weder bei Hunden noch bei Katzen, noch bei Kaninchen Abort oder auch nur Wehenverstärkung erregen ließ. Ich muss daher auch in Bezug auf diese Substanz bei meiner früheren Ansicht beharren, dass ein Einfluss des Ergotinins auf den Uterus nicht existirt, wofern man reine, krystallisirte Präparate anwendet.

3) Unter Cornutin verstehe ich eine das Ergotinin begleitende, weitere basische Substanz im Mutterkorn, welche im Großen und Ganzen wie das Ergotinin dargestellt wird, aber löslicher als dieses ist und nach dem Abscheiden des krystallisirten und des amorphen Ergotinins in der Mutterlauge bleibt. Es wäre schon möglich, dass dasselbe, wie Tanret will, ein Zersetzungsprodukt des Ergotinins ist; jedenfalls kann ich das Gegentheil zur Zeit noch nicht beweisen. Dies ändert aber gar nichts an der Bedeutung meiner Entdeckung, dass das Ergotinin ohne Einwirkung auf den Uterus ist, dass das Cornutin dagegen ganz specifische wehenerregende und wehenverstärkende Wirkungen besitzt. Ich benutzte zu meinen Versuchen theils ein aus frischem Mutterkorn nach der Methode der Ausschüttelung mittels Essigäther extrahirtes, theils ein von Gehe und Comp. in Dresden-Neustadt in den Handel gebrachtes Cornutin, dessen intensiv giftige sonstige Wirkungen ich in meiner früheren Arbeit schon genau angegeben habe. Hinsichtlich der Wirkung auf den Uterus konstatirte ich jetzt weiter, dass an nicht graviden Thieren wie bei Muscarin und Pilocarpin erst zu einer Zeit deutliche Wehenbewegung eintritt, wo auch schon sonstige Vergiftungserscheinungen von Seiten des Herzens, Darmes, Magens etc. auftreten. An graviden Thieren jedoch ist das erste Organ, welches von der Wirkung des Alkaloides betroffen wird, die Gebärmutter und zwar treten an dieser um so heftigere Wehen ein, je näher das Thier sich am Ende der Schwangerschaft befindet. Bei Thieren, welche schon Wehen haben, nehmen diese an Intensität und Extensität wahrnehmbar zu. In der letzten Woche der Schwangerschaft gelang es mir bei Kaninchen, Katzen, Hunden und Schafen ausnahmslos durch vorsichtige Subkutaninjektionen von Cornutin die Föten abzutreiben, ohne das Mutterthier ernstlich krank zu machen. Die Föten waren in einigen Fällen todt, meistentheils jedoch lebend und scheinbar ganz normal. Auf meine Veranlassung hat Herr Dr. Fehling in Stuttgart das Cornutin auch an Menschen verwendet und wird die Güte haben, selbst darüber zu berichten.

4) Neben der Ergotinsäure befindet sich im Mutterkorn noch ein zweites saures Princip, eine Harzsäure, welche ich Sphacelinsäure genannt habe, weil sie beim Zustandekommen des Mutterkornbrandes (ὁ σφακελος) wesentlich mit betheiligt ist. Wie alle Harzsäuren ist sie nicht krystallinisch und stellt der Reindarstellung die größten Schwierigkeiten entgegen. Ich verwandte sie meist in Gestalt eines alkoholischen Extraktes, aus welchem das Cornutin mit salzsaurem Wasser ausgezogen worden war. Ergotinsäure geht in Folge ihrer Unlöslichkeit in absolutem Alkohol in dieses Extrakt nicht einmal spurweise über, wohl aber eine nicht unbeträchtliche Menge indifferentes Fett, so wie etwas färbende Substanz. Diese Sphacelinsäure nun bewirkte bei Einführung per os, mit Milch oder kohlensaurem Natron verrührt, ebenfalls ausnahmslos an Katzen und Hunden Abort, wenn die Darreichung während der letzten Woche der Schwangerschaft geschah.

War die Dosis sehr groß, so erkrankte das Mutterthier nach stattgefundenem Abort unter den von mir früher für die Sphacelinvergiftung angegebenen Erscheinungen. War sie jedoch kleiner[2], so blieb das Mutterthier ziemlich gesund und war schon wenige Stunden nach der Niederkunft von einem unvergifteten nicht mehr zu unterscheiden. Die Form der Wehen anlangend, kam es mir so vor, als ob dieselben nach Sphacelinsäure mehr als Tetanus uteri aufträten, während nach Cornutin die Wehen durch Pausen unterbrochen waren. Die Föten waren in Folge dessen häufiger asphyktisch, ja todt bei Darreichung von Sphacelinsäure als von Cornutin. Bei der Sektion der abgestorbenen Föten fanden sich nicht selten frische Hämorrhagien in verschiedenen Organen, namentlich im Schädel vor. Ich bin nach Obigem geneigt der Sphacelinsäure die Wirkung Tetanus uteri zu erregen zuzusprechen.

Um den Praktikern die Möglichkeit zu geben, an Menschen sich von der Wirkung der Sphacelinsäure und des Cornutins zu überzeugen, habe ich schon im vorigen Jahre ein billiges Präparat, welches beide Substanzen enthält, unter dem Namen Extractum cornutino-sphacelinicum durch Gehe und Comp. in den Handel bringen lassen. Dieses Präparat war in den ersten Monaten nach seiner Darstellung ungemein stark wirksam[3], so dass einige wenige daraus bereitete Pillen genügten, um ausnahmslos an schwangeren Thieren Wehen und bei Steigerung der Dosis Abort zu erregen. Wie ich in einigen Artikeln des Praktitioner und der Pharmaceut. Zeitung aber aus einander gesetzt habe, verlor dieses Präparat bei längerer Aufbewahrung enorm an Wirksamkeit, ja nach einem Jahre ist es fast indifferent. Der Grund des Unwirksamwerdens ist offenbar der, dass das Präparat halbflüssig ist. Ich werde daher in diesem Jahre gleich nach der Darstellung des Extraktes dasselbe zu Pillen verarbeiten lassen und diese mit einer impermeablen Hülle überziehen. Ich habe Grund zu vermuthen, dass die Wirksamkeit des Präparates in dieser Form sich mindestens so lange halten wird, bis neues Mutterkorn zu haben ist, also etwa ein Jahr lang.

Dieses Unwirksamwerden betrifft übrigens eben so auch das Mutterkorn in Substanz, gleichgültig wie dasselbe aufbewahrt wird, und ob es von einem Theile seines Fettes befreit worden ist oder nicht. Mutterkorn, welches länger als 12 Monate gelegen hatte, hatte eine Wirkung auf den Uterus selbst bei sehr großen Dosen bei meinen Versuchen überhaupt niemals. Da nun der Arzt altes und frisches Mutterkorn absolut nicht unterscheiden kann und auch alle Unterschiede, welche von Pharmaceuten angegeben sind, nicht stichhaltig sind, so wird der Geburtshelfer sich wohl oder übel entschließen müssen, allmählich den Gebrauch des Mutterkorns ganz aufzugeben und zu dem des Cornutins überzugehen, welches beim mehrjährigen Liegen in fester Form seine Wirksamkeit nicht ändert. Sobald ich eine Form gefunden haben werde, in der das Extractum cornutino-sphacelinicum sich mehrere Jahre hält, wird dann dieses wohlfeilere Präparat für das reine Alkaloid vielleicht eintreten können. Praktiker, welche noch jetzt behaupten, dass das Ergotin unserer Apotheker oder das Fluidextrakt der Amerikaner unfehlbar Wehen erzeuge, beweisen dadurch nur, dass die Gabe der kritischen Beobachtung ihnen abgeht. Auch ein von B. Kohlmann in Reudnitz mir übersandtes Originalpräparat seines Fluidextraktes erwies sich bei meinen Versuchen wirkungslos.

Der bekannte Amerikaner Squibb hat gegen meine Resultate eingewandt, in Amerika behielten, wie er aus vielfältiger Erfahrung wisse, die Mutterkornpräparate ihre Wirksamkeit länger als ein Jahr, wahrscheinlich sogar die doppelte Zeit. Dies ist ja möglich. Alle amerikanischen Präparate, welche ich jedoch untersucht habe, waren wirkungslos, als sie in meine Hände kamen, mit Ausnahme des nativen Mutterkornpulvers, welches etwa 9 Monate alt sein mochte und noch schwache Wirkungen besaß.

[2] Eine Angabe der absoluten Größe der Dosen kann ich nicht machen, da ich nicht sicher angeben kann, wie viel Procent reine Substanz das Präparat enthielt.

[3] Über die Wirksamkeit dieses Präparates bei gewissen Hautkrankheiten berichtete Unna auf der Straßburger Naturforscherversammlung.

5) In den vereinigten Staaten von Nordamerika wird seit geraumer Zeit als Ersatzmittel des Mutterkorns das sog. Maismutterkorn (=cornsmut) verwandt. Da alle Berichte darüber sich dahin aussprechen, dass dasselbe ganz eben so gut wie Mutterkorn, um Wehen zu erregen, verwendet werden könne, zog ich dasselbe ebenfalls in den Kreis meiner Untersuchungen, obwohl dasselbe botanisch mit Claviceps purpurea absolut nichts zu thun hat. Ich verwandte sowohl die käuflichen amerikanischen Präparate als frisches in der Umgegend von Straßburg gewachsenes Maismutterkorn und Präparate, welche daraus von mir selbst nach den Regeln der Darstellung von Cornutin und Sphacelinsäure dargestellt worden waren. Das Resultat dieser Versuche kann ich kurz dahin zusammenfassen, dass ich auf die schwangere oder nichtschwangere Gebärmutter niemals irgend welche Einwirkung wahrgenommen habe, selbst nicht, wenn ich die Substanzen eine Woche lang in sehr großen Dosen verfütterte. Dieses Resultat ist übrigens von den Veterinärärzten für Kühe und Pferde ebenfalls bereits zugegeben worden[4]. Die Verwendung von Ustilago Maïdis hat also für den Geburtshelfer gar keinen Werth.

6) In den letzten Jahren ist Radix Gossypii herbacei so wie das daraus dargestellte Fluidextrakt vielfach als Ersatzmittel des Mutterkorns anempfohlen worden. Ich konnte bei mehreren darauf bezüglichen Versuchen irgend welche Einwirkungen auf den graviden Uterus von Thieren niemals konstatiren.

---

(Aus der kgl. Landeshebammenschule zu Stuttgart.)

## III. Über die Wirkung des Cornutin.

Von

Dr. **Erhard**, Volontärarzt.

Durch seine Jahre hindurch fortgesetzten Untersuchungen über Mutterkorn und seine Präparate kam Prof. Kobert (Dorpat)[1] zu dem Schlusse, dass sich ein Mutterkornpräparat desto wirksamer verhält, je mehr Cornutin in demselben enthalten ist. Cornutin ist einer der 8 bis jetzt aus Mutterkorn dargestellten basischen Körper. Seine Darstellung beruht auf der Leichtlöslichkeit des Alkaloids in Alkohol und seiner Eigenschaft, sich aus alkalischen wässrigen Lösungen mit Essigäther ausschütteln zu lassen. Das genauere Verfahren ist folgendes: Pulverisirtes, ölhaltiges Mutterkorn wird in recht großen Quantitäten im Verdrängungsapparat mit 3%iger Salzsäure ausgezogen. Die abgetropfte Flüssigkeit wird mit kohlensaurem Natron fast neutral gemacht, eingedunstet und mit Alkohol extrahirt. Der Alkohol wird abdestillirt und der mit kohlensaurer Natronlösung alkalisch gemachte Rückstand mit Essigäther extrahirt, gewaschen und dem Essigäther durch Schütteln mit citronensäurehaltigem Wasser das Alkaloid neben anderen unwirksamen Alkaloiden entzogen. Die Ausbeute selbst ist eine ungemein geringe, doch gelingt es noch, aus 2 g frischem Mutterkorn genug Alkaloid darzustellen, um damit physiologische Reaktionen an kleineren Thieren zu machen.

Herr Prof. Kobert hatte die Güte, im Frühjahr letzten Jahres sein Präparat an die hiesige Anstalt zu Versuchen zu übersenden und sollen die damit erzielten Resultate im Folgenden veröffentlicht werden.

Die Auswahl der Versuchsfälle war eine sehr strenge. Das Cornutin wurde nur in Fällen gegeben, wo vorhandene Wehenschwäche eine Anregung der Verstärkung dringend erheischte und zwar meist in der Eröffnungsperiode, in Pillenform zu 5 mg, nur in 3 Fällen wurden mehrere Pillen angewandt.

Um ein möglichst reines Bild der Wirkung des Cornutin zu erhalten, wurde schon eine Stunde vor der Darreichung der Pille mit der Aufzeichnung sowohl der Zeitdauer als der Intensität der Wehen begonnen und natürlich von allen anderen wehenbefördernden Mitteln, wie lauen Scheideneinspülungen etc. abgesehen.

---

[4] Vgl. darüber Kobert, Pharmacotherapie I. p. 299.

[1] Über die Bestandtheile u. Wirkungen des Mutterkorns. Leipzig 1884, F. C. W. Vogel.

In der Beurtheilung der Wirkung wurde mit großer Gewissenhaftigkeit vorgegangen, was sich schon aus der Eintheilung der Wirkung in 4 Abtheilungen ersehen lässt. Eine Wirkung des Mittels wurde nur dann notirt, wenn die Wehen ganz zweifellos nach Darreichung des Mittels sowohl an Häufigkeit als Stärke zunahmen.

Angewandt wurde es unter 390 Geburten in 46 Fällen. Davon ergab sich:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| entschiedener Erfolg | in | 16 | Fällen | 34,7% |
| wahrscheinlicher | » | 13 | » | 28,2% |
| zweifelhafter | » | 8 | » | 17,3% |
| kein | » | 9 | » | 19,5% |

Was die sonstige Wirkung auf die Mutter anlangt, so lässt sich nur noch konstatiren, dass die Wehen in einigen wenigen Fällen als äußerst schmerzhaft notirt werden mussten, in einigen anderen nahmen sie vollständig krampfartigen Charakter an.

Üble Einwirkungen auf die Gebärende wurden nicht beobachtet. Weniger harmlos scheint das Mittel für das Kind zu sein, so dass des Kindes wegen Vorsicht bei der Cornutinanwendung geboten ist.

Während in hiesiger Anstalt bei 335 Geburten nur 8 Kinder scheintodt zur Welt kamen, von denen nur 1 nicht mehr zum Leben gebracht werden konnte, hatten wir nach Anwendung von Cornutin in den 46 Fällen 6 scheintodte Kinder zu verzeichnen, von denen 2 trotz allen angewandten Mitteln nicht mehr ins Leben zurückgerufen werden konnten.

In den beiden letzterwähnten Fällen waren die kindlichen Herztöne wie gewöhnlich streng kontrollirt worden und hatte sich aus denselben absolut keine Gefahr für das kindliche Leben ersehen lassen, trotzdem kamen beide Kinder stark asphyktisch zur Welt und blieben alle Wiederbelebungsversuche ohne jeglichen Erfolg. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Schuld hiervon dem Cornutin beizumessen ist, denn ein anderer Grund lässt sich hierfür absolut nicht beibringen.

Als Resultat unserer Versuche ergiebt sich, dass Cornutin als wehenbeförderndes Mittel zu empfehlen ist. Ohne jegliche Gefahr kann es in der 2. Geburtsperiode gegeben werden, wo man ja bei strenger Kontrolle der kindlichen Herztöne in der Zange ein Mittel hat, um einer Gefahr für das kindliche Leben entgegen zu treten. Jedenfalls sollten, was diese Zeilen erstreben wollen, Versuche im weiteren Umfange damit angestellt werden. Ob Cornutin auch ein Mittel zur Erreichung der künstlichen Fehlgeburt ist, wie nach Versuchen von Kobert geschlossen werden könnte, der bei trächtigen Thieren durch Cornutinanwendung die Früchte abtreiben konnte, sollte auch durch weiter angestellte Versuche noch Bestätigung erhalten, in unserer Anstalt wurde es in dieser Absicht 1mal gegeben, jedoch ließ sich auf 3 Pillen hin kein Erfolg konstatiren.

---

## 1) G. C. Nijhoff (Amsterdam). Über Malaria in Hinsicht auf Schwangerschaft und Wochenbett.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1885. No. 25.)

Malaria und Schwangerschaft. Die Anschauung Griesinger's, dass die Schwangerschaft keine Immunität für Malaria verursachen sollte, ist von Grenser bestritten, der gerade Intermittensanfälle für äußerst selten hielt, eben so Mendel und Ritter. Einer anderen Meinung ist Göth, der in seiner Malariagegend öfters Intermittens bei Schwangeren beobachtete und sehr geneigt ist, viele üble Zufälle während oder nach der Schwangerschaft der Malaria zuzuschreiben. Auch Bompiani's Beobachtungen stimmen mit den Göth'schen überein.

N. theilt folgende Fälle aus seiner Praxis mit: 1) Eine seit

9 Wochen zum zweiten Male Schwangere bekam 2 Anfälle von Intermittens quotidiana und erhielt dagegen 1—1,5 g Chinin. sulf. Am folgenden Tage stellte sich eine geringe Menge blutig gefärbten Schleims aus der Vagina ein. Bei Untersuchung fand sich die Vaginalportion weich, sonst aber nichts Abnormes. Nach Ruhe und Tct. Gossyp. hörten Schmerz und Ausfluss auf. Die Fieberanfälle kehrten nicht zurück und die Schwangerschaft verlief normal.

Weil es zweifelhaft war, ob die geringen Symptome von drohendem Abortus dem Wechselfieber oder dem Chinin zuzuschreiben waren, war N. dieser Fall besonders interessant. Das Erstere kommt N. als das Wahrscheinlichere vor; ein Zweifel daran, dass es sich um Wechselfieber handelte, ist wohl möglich, aber 2 Fieberanfälle ohne bedeutende Störungen des Respirations- und Verdauungsapparates, die durch Chinin beseitigt werden, lassen sich nicht gut anders auffassen.

2) Eine VIpara hatte während ihrer letzten Schwangerschaft mitunter Fieberanfälle, wogegen Chinin mit vorübergehendem Erfolge angewandt wurde. Ungefähr 5 Wochen vor dem berechneten Zeitpunkt der Niederkunft trat ein sehr heftiger Fieberanfall auf, der von 12 Uhr Mittag bis 2 Uhr in der Nacht dauerte. Um Mitternacht begannen die Wehen und Morgens um 6 Uhr wurde ein nicht vollkommen ausgetragenes Kind geboren.

3) Eine IVpara litt in den letzten 3 Monaten ihrer Schwangerschaft an täglich gegen Abend wiederkehrenden schießenden Schmerzen in der linken Hüfte, die nach Anwendung von Chinin wegblieben. Sie gebar ungefähr 14 Tage vor dem berechneten Ende der Gravidität ein gut entwickeltes Kind.

4) Frau B. litt seit 2 Jahren an häufigen Wechselfieberanfällen, die jedes Mal durch Chinin beseitigt wurden, aber auch während der Schwangerschaft wiederkehrten. Die Geburt trat ungefähr zur rechten Zeit ein, aber im Anschluss an einen ziemlich heftigen Fieberanfall.

Auf Grund dieser wenigen Beobachtungen hält N. sich nicht für berechtigt, ein bestimmtes Urtheil über den Einfluss der Malaria auszusprechen. In Fall 2 konnte die Annahme einer 5 Wochen zu früh erfolgten Geburt zweifelhaft erscheinen, während in Fall 4 das Kind, seinem Gewichte (kaum 2,8 kg) nach, wohl nicht vollkommen reif war. Warum N. in Fall 3 zur Diagnose von Malaria kam, lässt sich weniger in der Wirkung des Chinins finden, als vielmehr in dem eigenthümlichen Verlauf nach der Entbindung und im Wochenbett.

Malaria und Geburt. N.'s Erfahrungen stimmen mit denen von Ritter überein, der annimmt, dass die Geburt die Anfälle sistirt. In den beiden ersten Fällen blieben nach der Entbindung die Anfälle aus und kehrten erst nach 12 Tagen wieder; in Fall 3 verschwanden die neuralgischen Schmerzen in der Hüfte vollkommen, als nach 14 Tagen wieder ein Fieberanfall auftrat, der durch Chinin vollständig beseitigt wurde, zum Beweise, dass die Neuralgie auf Malaria beruhte. In Fall 4 blieb auch das Fieber nach der Entbindung aus und kehrte

14 Tage nach derselben in Form eines sehr heftigen Anfalles wieder. 10 Tage später trat ein neuer Anfall auf.

In diesen 3 Fällen waren die Wehen kräftig und die Geburt ging ganz leicht. Bei allen war der Blutverlust gering und die Entfernung der Placenta ging ganz leicht nach einer Viertelstunde. Obgleich nun diese 3 Fälle sehr für Ritter's Annahme, »die Geburt bringt ein Sistiren der periodischen Anfälle hervor«, zu sprechen scheinen, so meint N. doch, dass die Recidive in diesen 3 Fällen sich noch leichter durch Annahme eines zufälligen Ausbleibens der Fieberanfälle erklären lassen, da sicher die Anämie durch den Blutverlust während der Geburt bedingt (wie in N.'s Fällen), länger als 14 Tage dauert und eine Unterdrückung der Anfälle durch die Geburt nicht gut mit der erhöhten Empfänglichkeit der Wöchnerinnen für Malaria vereinbar ist.

Malaria und Wochenbett. Ritter erwähnt 14 Fälle von Malaria im Wochenbett, von denen 3 Recidive bekamen durch Wechselfieberanfälle ante partum. Ein rein intermittirendes Fieber war es bei keiner. Die Verwendung von Chinin hatte nur erst Erfolg, als der remittirende Typus des Fiebers in den intermittirenden überging.

Verf. hält den akuten Fieberanfall der Wöchnerinnen für das Akutwerden der chronischen Malariainfektion. Mendel, der auch 2 Fälle beobachtet hat, glaubt, dass das Wochenbett für Malaria prädisponirt, nur den Fiebertypus modificirt. Die geringere Wirkung des Chinins schreibt er eben wie Ritter den Digestionsstörungen zu. Göth ist zwar auch der Meinung, dass die Wöchnerinnen eine große Empfänglichkeit für Malariainfektion haben, doch kann er nicht beistimmen, dass die Apyrexie zwischen den Anfällen eine unreine sei, das Fieber nur anteponirte. Wenn das Fieber nicht intermittent sondern remittent war, so fand er die Fälle komplicirt mit wunden Warzen, Erosionen etc., und gerade bei diesen zeigte Chinin keine Wirkung.

Außer den in den bereits oben mitgetheilten Fällen vorgekommenen Recidiven, beobachtete N. noch 2 Fälle von Malaria im Wochenbett:

1) Frau S. hatte am 5. Tage nach der Entbindung, die vollkommen normal verlaufen war, Abends Schüttelfrost mit Fieber gehabt, welches bis in die Nacht dauerte und von einem starken Schwitzen begleitet war. Am folgenden Tage war die Temperatur 37,6, Puls 80, Respiration 18, ungestört. Zunge etwas belegt und feucht, der Unterleib weich, nirgends empfindlich bei Druck, der Uterus war dicht oberhalb der Symphyse zu fühlen, ganz schmerzlos, auch der Fundus uteri, Lochia sania in mäßiger Menge, nicht stinkend, die Mammae weich und nicht schmerzhaft, die Warzen zeigten keine Wunde, die Milchsekretion normal. Abends stieg die Temperatur auf 39,4, der Puls auf 108, die Respiration auf 23, die Haut war heiß und feucht. Ungefähr zu derselben Zeit wie am vorhergehenden Tage, war Schüttel-

frost aufgetreten. Als am folgenden Tage die Temperatur am Morgen wieder normal war, verschrieb er 0,4 Chinin sulf., Vormittags 3mal zu nehmen, worauf die Temperatur Abends bis 38,2 stieg mit einem Puls von 88 Schlägen. Am nächsten Abend, nach nochmaliger Anwendung von 1,2 Chinin, betrug die Temperatur nur 37,8, die Pulsfrequenz 76. N. ließ noch einige Tage Chinin nehmen und die Fieberanfälle blieben vollständig aus. Während ihrer Schwangerschaft hatte die Pat. nie an Fieber oder periodisch wiederkehrender Neuralgie gelitten, wohl aber früher.

2) Frau K., die während der Schwangerschaft frei von Fieber gewesen, bekam 16 Tage nach der 4. Entbindung, nachdem das Wochenbett normal verlaufen und sie schon wieder aufgestanden war, gegen Mittag nach vorhergehendem Schüttelfrost, einen Fieberanfall, der einige Stunden dauerte und sich nach 2 Tagen wiederholte. Die Anfälle waren von Schmerz und Schwellung in den Mammae begleitet. Als Chinin nicht vertragen wurde, wurde Tct. Eucalypti verschrieben, danach blieben die Fieberanfälle aus. Ganz auf dieselbe Weise traten am 16. und 17. Tage nach der 5. Entbindung, ebenfalls mit einem Tertiantypus, die Anfälle auf, welche Tct. Eucalypt. wichen, aber später wieder in heftigerem Grade zurückkehrten. In der Zeit während der beiden Entbindungen war die Frau frei von Fieber. Im letzten Falle war die Diagnose ganz sicher auf Malaria zu stellen. Dass Schwellung und Schmerzen in den Brüsten auch bei reiner Intermittens vorkommen können, beobachtete N. in Fall 4 der ersten Serie.

Obgleich N.'s Beobachtungen noch zu wenig zahlreich sind, um über die Frequenz der Malaria in der Schwangerschaft wie im Wochenbett urtheilen zu können, so glaubt er doch, dass das Auftreten von Malaria häufig genug vorkommt, aber die Diagnose nur mit großer Vorsicht zu stellen ist.

Für den wehenerregenden Einfluss des Wechselfiebers spricht wohl die Entbindung fast unmittelbar nach einem Intermittensanfalle, doch wenn auch N. keinen sicher festgestellten Fall von vorzeitiger Geburt beobachtet hat, so ist er eher geneigt, dies auf den sehr leichten Grad von Malariainfektion in Amsterdam zu schieben, als anzunehmen, dass durch Malaria der Verlauf der Schwangerschaft nie gestört werde. Dass die Geburtsakte von den Intermittensanfällen koupirt werden sollen, hält er nur für zufällig. Bei nicht vollkommener Apyrexie zwischen den Anfällen muss man nach N. an eine Komplikation der Malaria mit einer anderen Affektion denken, oder überhaupt eine andere Affektion vermuthen. Die günstige Wirkung des Chinin lässt in solchen Fällen noch Zweifel zurück, weil auch bei anderen fieberhaften Puerperalaffektionen das Chinin oft günstig auf die Temperatur einwirken kann. **A. Mijnlieff** (Breukelen).

---

## 2) **Terrillon.** Parovarialcysten und ihre Behandlung.

(Annal. de gynécol. 1885. December.)

T. bespricht kurz die Anatomie, Ätiologie und Diagnose der Parovarialcysten und geht dann ausführlicher auf ihre Therapie ein. Indem er veröffentlichte Fälle zusammenstellt und diese so wie auch mehrere eigene Beobachtungen der Beurtheilung unterzieht, kommt er zu folgenden Sätzen:

1) Die Parovarialcysten recidiviren häufig nach der Entleerung ihres Inhaltes.

2) Das Recidiv kann bereits nach einigen Monaten, aber auch erst nach Jahren (nach 4 Jahren und selbst nach noch längerer Zeit) eintreten.

3) Die Zeit, welche bis zum Eintritt des Recidivs verfließt, spiegelt leicht eine vollständige Heilung vor und hat diejenigen oft getäuscht, welche ihre Beobachtungen zu rasch veröffentlicht haben.

4) Wie häufig Recidiv erfolgt, lässt sich schwer ermitteln; es scheint jedoch eher die Regel als die Ausnahme zu bilden.

5) Einige, allerdings seltene, Beispiele beweisen, dass definitive Heilung nach der Punktion möglich ist.

6) Man soll zunächst stets versuchen, durch Punktion Heilung zu erzielen.

7) Die Entfernung des Tumors macht sich gewöhnlich nach Eintritt des Recidivs nöthig. Die Resultate sind ermuthigend (15% Mortalität).

8) Die Exstirpation ist der Jodinjektion vorzuziehen; diese ist unsicher und gefährlich.

**Skutsch** (Jena).

---

## 3) **Bonnal.** Die Temperatur von Mutter und Kind bei der Geburt.

(Acad. des scienc., Sitzung vom 2. Nov. 1885. Journ. des soc. scient. 1885. No. 44.)

Die von B. berichteten Resultate ergeben nichts Neues; sie bestätigen nur schon Bekanntes.

Die normale Geburt bewirkt keine Steigerung der Temperatur. Diese wird weder beeinflusst durch Dauer und Stärke der Uterusthätigkeit, noch durch das Alter der Frau, noch durch die Zahl der Schwangerschaften, noch durch die Zeit des Blasensprunges; sie beträgt selten weniger als 37,5, erreicht zuweilen 38. Bei anormalen Geburten soll sie bis 39,6 steigen können. (Es ist nicht einzusehen, warum sie nicht noch höher steigen könnte, z. B. bei schon eingetretener Infektion. Ref.)

Die Temperatur des Kindes im Moment der Geburt ist selten unter 37,5; sie schwankt meist von 37,6 bis 38,3. Bei anormalen Geburten kann sie 39 übersteigen (B. beobachtete in einem Falle 39,4). Sie ist fast stets höher als die gleichzeitige Temperatur der Mutter, meist um 0,2 bis 0,7. Nach der Geburt sinkt die Temperatur

des Kindes (in der Atmosphäre des Gebärsaales belassen) sehr rasch; schon nach 30—35 Minuten kann sie unter 36 betragen.

**Skutsch** (Jena).

---

### 4) **Bartlett.** Bemerkungen über die toxischen Eigenschaften des Sassafrasholzes.

(Sep.-Abdr., Transactions of the Chicago gynecolog. society, Sitzung vom 27. November 1885.)

Zufällig ist B. darauf aufmerksam gemacht worden, dass Lignum sassafras und namentlich das darin enthaltene ätherische Öl energische Vergiftungserscheinungen hervorrufe, welche denen von Opiaten herbeigeführten nicht unähnlich sind, nur dass Kontraktion der Pupillen fehlt. Experimente an Thieren bestätigten dies. Später überzeugte sich B., dass das bisher als so unschuldig betrachtete und, wie es scheint, in Amerika vielfach als Theesurrogat benutzte Mittel direkt als Ecbolicum wirke und auch von Schwangeren vielfach als fruchtabtreibend verwendet werde.

Mehrere Fälle der Art sind zur Kenntnis des Verf.s gelangt, in welchen theils absichtlich, theils unabsichtlich diese seine Wirkung zur Geltung gekommen war. 4—5 Stücke der Wurzel von Daumendicke und doppelter Länge sollen hinreichen, um Abort zu erregen. Experimente in dieser Richtung wären wünschenswerth.

**Lühe** (Demmin).

---

### 5) **Alexander Skene.** Membranöse Dysmenorrhoe.

(New York med. journ. 1885. November 21. p. 561.)

Untersuchungen von dysmenorrhoischen Membranen haben S. gezeigt, dass sie nur aus normalen Uterusschleimhautelementen bestehen, die Drüsen mit inbegriffen und dass sie diese Schleimhaut in toto darstellen. Während bei der normalen Menstruation die Zellen derselben eine fettige Degeneration erleiden und mit dem Monatsfluss nach außen gelangen, wird bei der membranösen Form der Dysmenorrhoe in Folge einer unbekannten Alteration der Ernährung, wahrscheinlich der trophischen Nerven selbst, die ganze Schleimhaut des Uteruskörpers abgestoßen. Entzündungserscheinungen sind nicht damit verbunden, nur bei langem Bestande der Anomalie kann sich am Cervix Endometritis entwickeln. Das häufige Vorkommen bei sterilen Frauen hat S. zu der Theorie geführt, dass der unbekannte Nerveneinfluss vielleicht als eine Art missleiteten Produktionsdranges aufzufassen sei. Jedenfalls pflegt Nervenerregung und vielleicht auch Kongestionirung der Ovarien, welche oft schmerzhaft sind, neben allgemeiner Nervosität zu bestehen.

Die Behandlung der dysmenorrhoischen Störungen während der Ausstoßung der Membran selbst muss vorwiegend eine sedative sein, Opiumpräparate, Chloralhydrat und Cannabis indica sind zu empfehlen. In der Zwischenzeit richte man sein Streben auf Beseitigung der Nervenaffektion und empfiehlt S. besonders die längere

Anwendung von Bromnatrium, später bei Anämischen der Eisenpräparate und des Jodnatriums. Lokal leistet Jodoform Gutes, natürlich müssen etwaige Komplikationen, Lageveränderungen und Beugungen des Uterus, Verengerung des Cervixkanals u. dgl. gleichzeitig behandelt werden. Besteht die menstruelle Kongestion zu lange, so wendet man die Warmwasserdusche an, dann Bougies von Kakaobutter mit Jodoform oder durch Wärme verflüssigte Jodoformvaseline, mittels Pipette in den Kanal eingeführt. Zuweilen ist es wünschenswerth, vor der Einführung dieser Medikamente die etwa vorhandene größere Empfindlichkeit herabzusetzen, wozu S. sich neuerdings mit gutem Erfolg des Cocains in Lösung bedient. Führt dies nicht zum Ziel, so zeigt sich die einmalige Einspritzung einiger Tropfen einer 5%igen Karbollösung einige Tage nach jeder Menstruation nützlich; in der Zwischenperiode wurde Jodoform benutzt. **Lühe** (Demmin).

---

## 6) **Cushing.** Beobachtungen über die Beziehungen der Bakterien zu gewissen Puerperalentzündungen.

(Boston med. and surg. journ. 1885. 12. November. p. 471.)

Die häufigste Ursache der puerperalen Infektion ist der Streptococcus, der nächst häufige der Staphylococcus, mit welchem sich oft der Bacillus pyogenes foetidus zusammen vorfindet. Der erste kommt vor in Ketten gleich denen beim Erysipelas, wobei die Kokken paarig vereint ein Glied der Kette bilden. Die Staphylokokken bilden traubenförmige Haufen.

Die eine oder andere Form wurde in allen untersuchten Fällen aufgefunden und zwar in den Venae uterinae und iliacae. Bei Beckenabscessen wurden sie in den Lungen und Gelenken und überall da gefunden, wo sich ein metastatischer Herd gebildet hatte. Hiernach finden sich also bei den puerperalen Erkrankungen dieselben Verhältnisse wieder, wie bei inficirten Wunden. **Lühe** (Demmin).

---

## 7) **M. V. Revillaut.** Über Anästhesie und retardirte Empfindung bei Neurosen.

(L'abeille méd. 1885.)

R. ist auf Grund einer größeren Reihe von bei Hysterischen und Hystero-Epileptischen angestellten Untersuchungen zu der Überzeugung gekommen, dass es eine völlige Aufhebung der Sensibilität nicht giebt, wohl aber eine Art Abstumpfung, welche sich durch eine mehr oder minder bemerkenswerthe Verzögerung der Perception eines länger einwirkenden Reizes durch das Sensorium verräth. Während z. B. von derartigen Pat. ein einfacher Nadelstich gar nicht empfunden wird, fühlen sie ein anhaltendes Kneifen der Haut nach verschieden langer Zeit. Selbst 5—15 Minuten muss dasselbe zuweilen ohne Unterbrechung fortgesetzt werden, bis sie sich der Empfindung bewusst werden. **Graefe** (Halle a/S.).

---

8) **Helene F. Warner** (Detroit). Die Behandlung der Aborte.

(Med. age 1885. No. 19.)

Verf. spricht sich gegen ein exspektatives Verfahren bei der Behandlung von Aborten aus, speciell gegen die vielfach empfohlene Tamponade. Die sofortige Entfernung des Eies oder seiner Reste mit dem in den Uterus eingeführten Finger ist nach ihren Erfahrungen die beste Methode. Die Benutzung des scharfen oder stumpfen Löffels oder einer kleinen Zange zu diesem Zweck verwirft sie, glaubt aber, dass man sich die kleine Operation dadurch erleichtern könne, dass man neben dem Finger eine stumpfe Curette einführt, durch diese und den ersteren gewissermaßen zwei Zangenlöffel ersetzt, welche das Ei an seiner Insertionsstelle ablösen und dann extrahiren. — Fälle, wo der Cervikalkanal nicht so weit dilatirt oder dilatirbar war, dass der Finger nicht hätte eingeführt werden können, hat Verf. nicht gesehen. Zur Illustration ihrer Ausführungen und zum Beweis dafür, wie gefährlich ein exspektatives Verfahren bei Abort nicht nur durch profuse Blutungen, sondern auch durch Entstehung septischer Vorgänge werden kann, werden eine Reihe Krankengeschichten kurz mitgetheilt. **Graefe** (Halle a/S.).

---

## Kasuistik.

9) Verhandlungen der gynäkologischen Gesellschaft zu Chicago.

Sitzung vom 18. September 1885.

E. C. Dudley berichtet über seine Beobachtungen in Betreff gynäkologischer Operationstechnik, welche er gelegentlich eines Besuches auf dem Kontinent bei Prof. Kehrer, Bantock, Lawson Tait und Keith Vater und Sohn gemacht.

Die Mittheilungen, welche z. Th. mehr feuilletonistischer Natur sind, bringen nicht viel des Interessanten. Die von den erwähnten englischen Gynäkologen in Anwendung gebrachten, in den Details etwas verschiedenen Nahtmethoden bei Schluss der Bauchhöhle nach Laparotomien finden eine eingehende Besprechung, ein Gegenstand von doch nur sekundärer Bedeutung für diese Operation.

Keith jun. sah D. bei einer Ovariotomie die Adhäsionen mit Leichtigkeit durch Abwischen mit einem fest angedrückten Schwamm trennen und zwar nicht nur zarte, sondern auch ziemlich feste. K. äußerte, dass er glaube, durch dies Verfahren werde die Gefahr des Shockes wesentlich verringert!

Die vorzüglichen Erfolge, welche K. sen. bei seinen Laparotomien gehabt, sollen von vielen der von ihm geübten Verschorfung des Stieles mit dem Glüheisen zugeschrieben werden. Dieselbe ist eine sehr energische. Von dem mit einer Klemme gefassten Stiel wird nicht nur der über dieselbe herausragende Theil abgeglüht, auch die Klemme selbst wird so stark erhitzt, dass bei ihrer Entfernung der von ihr gefasste Stielrest durchscheinend, hornartig geworden ist.

Im Anschluss an die Erwähnung der von den beiden schottischen Gynäkologen ohne Antisepsis erzielten glänzenden Resultaten bei Laparotomien nimmt D. Stellung zu der Frage, ob Antisepsis bei die Bauchhöhle eröffnenden Operationen nothwendig sei. Er entscheidet sich dahin, dass sehr geübte Operateure, die peinlichste Reinlichkeit vorausgesetzt, von derselben absehen können, nicht aber das Gros der Ärzte. Er schließt seinen Bericht mit der Bemerkung, dass man in England, was die kleineren gynäkologischen Operationen, wie Perineo-, Elythro-, Trachelorraphie betrifft, hinter Amerika zurückgeblieben sei.

In der Diskussion äußert sich W. Jaggard in Bezug auf letztere Ansicht

dahin, dass man in England und auf dem Kontinent weniger Gelegenheit zu den kleineren Operationen habe, da man dort in der Geburtshilfe vorsichtiger verfahre als in Amerika. Cervix und Dammrisse kämen dort weit seltener vor.

**Graefe** (Halle a/S.).

## 10) **Kusnezky** (Kasan). Zwei Laparotomien bei extra-uteriner Schwangerschaft.

(Tageblatt der Gesellschaft der Ärzte in Kasan 1884. No. 3—5. [Russisch.])

1) 42jährige Bäuerin. In der rechten Unterleibshälfte eine bedeutende Geschwulst, theils hart, theils elastisch. Die Kranke ist zum 2. Male verheirathet. Vor 6 Jahren hörten die Regeln auf und der Leib fing an zu wachsen, $1\frac{1}{2}$ Jahr später traten die Regeln wieder ein. Seit 3 Jahren Erbrechen und Schmerzen. Diagnose: verkalkte Fibrome des Uterus. Operation verlief günstig, trotzdem dass eine Verwachsung mit einer Darmschlinge bestand. Die Geschwulst erwies sich als Cyste, in welcher sich ein Lithopädion fand. In der Höhle befand sich $\frac{1}{2}$ Pfund trüber Flüssigkeit, an der Wandung 2 Placenten, eine Nabelschnur. Das Amnion an einem großen Theil der weiblichen 26 cm langen Frucht angewachsen.

2) 31jährige Beamtenfrau; seit 15 Jahren verheirathet, 8 Kinder geboren. Vor 2 Jahren hörten die Regeln auf, 3 Monate nachher heftige Schmerzen. Auftreibung des Unterleibes und Blutung. Nach einigen Monaten Kindesbewegungen, zur rechten Zeit Wehen, die 6 Tage dauerten, aber aufhörten. 1 Jahr darauf abermals Schmerzen und Fieber. Laparotomie und Entfernung der Geschwulst. Der Fruchtsack erwies sich als Theil der rechten Tube und enthielt übelriechenden Eiter. Männliche Frucht von 15 Zoll Länge und 6 Pfund Gewicht.

**Reimann** (Kiew).

## 11) **Willmott** (Victoria). Cocain bei Vaginismus.

(Austral. med. journ. 1885. No. 10.)

W. berichtet über einen durch Cocain geheilten Fall von Vaginismus. Die 22jährige Pat. war seit 10 Wochen verheirathet. Der Coitus hatte nicht ausgeführt werden können, da jeder Versuch die heftigsten Schmerzen hervorrief. Forcirte Dilatation des Konstriktor, Abtragung des Hymen führten zu einer derartigen Besserung, dass 3 Finger in die Vagina ohne Schmerz eingeführt werden konnten. Trotzdem kehrte Pat. nach 4 Wochen mit der Klage über die früheren Beschwerden zurück. Aufpinseln einer 4%igen Cocainlösung, $\frac{1}{2}$ Stunde vor dem Coitus machte denselben schmerzlos. Das Allgemeinbefinden der Pat. besserte sich. Bald darauf koncipirte sie. **Graefe** (Halle a/S.).

## 12) **A. Mijnlieff** (Breukelen). Ein Fall von intra-uteriner Syphilisinfektion.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1885. No. 22.)

M. hatte Gelegenheit, folgenden Fall während seines ganzen Verlaufs zu beobachten. Ein 28jähriger Kaufmann, der sich Anfang März inficirte, kam am 6. April in seine Behandlung mit allen Symptomen von Syphilis acquisita. Therapie: Subkutane Injektionen von einer Sublimat-Chlornatriumlösung, von denen er ohne Störungen 32 bekam. Nachher entwickelte sich bei ihm eine tuberkulöse Syphilis der Haut, wofür er aufs Neue mit Einspritzungen oben genannter Lösung behandelt wurde und später mit Glykokollquecksilberlösung, subkutan.

Da der Pat. 4 Tage bevor er in Behandlung trat kohabitirt hatte, so wurde die Frau zur Untersuchung gebeten, diese jedoch verweigert. 3 Wochen nachher zu ihr gerufen, konnte M. 3 Ulcera auf den Labia majora, 2 rechts und 1 links, diagnosticiren, nebst einer mäßigen Leukorrhoe. Nach 5 Tagen Roseola syphilitica mit starker Schwellung der Inguinaldrüsen. Therapie wie oben.

Die Pat. war eine 23jährige IIpara, deren erstes Kind am Leben ist und an Rachitis leidet. Zur Zeit, als sie inficirt wurde, war sie im 3. Schwangerschaftsmonat. Am 23. September wurde sie von einem 3752 g schweren Knaben entbunden, der keine Symptome von Lues nachweisen ließ. Das Kind wurde mit Kuh-

milch ernährt. Am 5. Tage bekam es Coryza und am 7. Tage war auf der Brust und dem Bauche ein leichtes Exanthem zu bemerken. Therapie: Kalium jod. ad us. int. Das Kind, welches überhaupt an Durchfällen litt, ist am 18. Tage plötzlich unter Konvulsionen verschieden.

M. versucht weiter die Frage der Syphilisinfektion zu beantworten, und erwähnt die drei möglichen Fälle. a) Es konnte während der Geburt inficirt sein (Weil, Grünfeld); die kurze Dauer zwischen der Infektion per partum und das Auftreten der Lues lässt dieses ausschließen; oder b) nach der Geburt durch das Stillen (Arning, Obturbowicz). Da das Kind nicht an der Mutterbrust gewesen war, bleibt nur c) die Placentarinfektion übrig.

Außer den Experimenten von Späth, Schauenstein und Neumann, wie die anologen Infektionsfälle für Scarlatina, Variola, Erysipelas (Kaltenbach und Runge), erwähnt Verf. der einschlägigen Litteratur und hält, wenn auch der Fälle nur wenige sind (Lewin, M. Zeissl, Behrend, Hudson, Engel, Vadja, Mijnlieff), die Meinung für begründet, dass eine postkonceptionelle Syphilisinfektion möglich ist.

Den Grund der kleinen Zahl dieser Mittheilungen sieht M. 1) darin, dass dieselben hauptsächlich Spitalsberichten entstammen, während Familienärzte, welche weit mehr Gelegenheit haben derartige Fälle zu beobachten, solche leider nur selten publiciren und 2) in der oft schwierigen Diagnose von Lues der Frucht, auf welche er näher eingeht.

Die Wegner'sche Knochenerkrankung, welche Lomer für 30 der 43 Fälle nachgewiesen hat, die zu große Milz und Leber, das ödematöse fleischfarbige Aussehen der macerirten Frucht (Lomer), der makroskopische Befund der Placenta und Nabelschnur, so wie ihre mikroskopische Untersuchung vermögen, wie die vorzügliche Arbeit Ziller's lehrt, für eine richtige Diagnose von Syphilis der Frucht manche Anhaltspunkte zu geben. **A. Mijnlieff** (Breukelen).

### 13) **H. P. Kapteijn** (Abcoude). Zur Aspiration bei Retentio urinae.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1885. No. 23.)

K., der früher öfters die Aspiration bei verschiedenen Krankheiten aufs Wärmste empfohlen hat, bespricht näher die Vortheile bei Urinverhaltung, von denen er zwei Fälle seiner Praxis mittheilt.

Der erste Fall betraf einen 79jährigen Pat. mit Prostatahypertrophie (Carcinom), bei welchem K. während 9 Tage, zweimal pro Tag, die Harnblase durch Aspiration entleerte. Der Umfang der Stelle, auf welche die dünne Nadel eingestochen wurde, war von nicht mehr als Thalergröße und außer einer geringen Härte der Haut ließ sich nichts weiter von diesen wiederholten Operationen bemerken. Das Katheterisiren ist wieder gelungen.

Im 2. Fall handelte es sich um einen 70jährigen Pat., der sich während 7 Jahren täglich katheterisirt hatte, als es ihm auf einmal nicht mehr gelang, den Katheter einzuführen, und als alle Versuche der Ärzte scheiterten, wurde zur Aspiration geschritten und die straff gespannte Blase entleert. Weil der Pat. zu weit von K.'s Wohnort entfernt war und alle weiteren Katheterversuche fehlschlugen, machte K. nachher den Blasenstich. **A. Mijnlieff** (Breukelen).

### 14) **J. E. van Iterson** (Leiden). Exstirpatio vesicae uterinariae.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1885. No. 21, 29, 42 und 1886. No. 1 u. 4; s. auch Centralblatt für Chirurgie 1886. No. 9.)

Bei einem Mädchen von 2 Jahren mit Ectopia vesicae hat Verf. die genannte Operation gemacht. An plastischen Verschluss der Blase war nicht zu denken. Die Blasenschleimhaut bildete eine birnförmige Geschwulst von der Größe einer Faust eines 10jährigen Kindes. Pat. schrie geradezu fortwährend, und dabei wurde die Geschwulst stark gespannt. Der obere Theil der Schleimhaut war epidermisartig, der Rest hochroth, gewulstet, leicht blutend und sehr schmerzhaft. Bei der Operation wurden in beide Ureteren elastische Katheter eingeschoben. Danach wurde die Geschwulst im Gesunden umschnitten und der zungenförmige, häutige obere Lappen geschont. Unten wurden die seitlichen Incisionen $1/2$ cm über der Öffnung

im Hymen quer vereinigt. Von allen Seiten wurde jetzt nach den Ureteren zu die Blasenwand abpräparirt. Die Ureteren kamen über eine Länge von 2 cm frei und wurden an ihrem Ende rings umschnitten. Die Dicke der exstirpirten Schleimhaut war sehr ungleich, an einzelnen Stellen bis 1 cm. Es schien, dass die Wundfläche in dem Theil der Blasenwand lag, der der Muscularis einer gesunden Blase entsprechen würde, doch hier in Folge der langwierigen Entzündung gänzlich abgeändert und sehr verdickt war. Nachdem die ziemlich profuse Blutung gestillt worden war, wurden die Labia minora angefrischt, die Schleimhautringe von den Ureteren abgeschnitten und diese mittels Katgutsuturen lateralwärts an den Labien, median an einander vernäht.

Die Wundfläche wurde in vertikaler Richtung durch versenkte Katgutnähte verkleinert und zuletzt verschlossen, indem der zungenförmige Lappen über den Rest des Defektes gezogen wurde. Die Nähte wurden mit Borsalbe bedeckt, der Urin in untergeschobenen Tüchern aufgefangen. Hier und da gingen die Nähte etwas auf; nach drei Wochen war Alles verheilt. Pat. lief herum und war auffällig verändert. Früher schrie sie immer und jetzt war sie ganz munter.

Der Jugend der Pat. und socialer Verhältnisse wegen will v. I. erst später ein Receptaculum urinae anfertigen lassen. **A. Mijnlieff** (Breukelen).

15) **van Anrooij** (Zalt-Bommel) und **Braam** (Rossum). Sectio caesarea.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1885. No. 3.)

Nach Erwähnung der äußerst spärlichen Kaiserschnittlitteratur — meistentheils noch der älteren — theilt Verf. folgenden Fall mit: IIpara, das erste Mal mittels Forceps von einem todten Kinde entbunden, Frau von mittlerer Größe, gut gebaut und ziemlich stark entwickelt, nichts von Rachitis nachzuweisen. Als B. herzugerufen war, erfuhr er, dass die Geburt schon vor 2mal 24 Stunden angefangen hatte, die Wehen schwach waren und das Fruchtwasser schon bald darauf abgeflossen war. B. fand das Ostium uteri vollständig verstrichen und konnte einen hoch auf dem Beckeneingang vorliegenden Kopf palpiren. Die Conj. inclinata, so genau wie möglich gemessen, betrug kaum 9,6 cm, die Conj. vera also 7,2 cm.

Als am 4. Tage v. A. zu Hilfe gerufen wurde, versuchte man nochmals die Zange anzulegen, aber vergebens. Die Wendung auf die Füße in Narkose gelang eben so wenig, als es nicht möglich war, die Hand weiter als bis hinter den Kopf des Fötus hinaufzuführen, in Folge einer nicht zu überwindenden Striktur des Uterus.

Ein Versuch, den Kopf des schon abgestorbenen Kindes mit der Naegele'schen Schere zu perforiren, scheitere an der Härte der Scheitelbeine. Nähte und Fontanellen waren nicht zu erkennen. Als man sich hierauf zum Kaiserschnitt entschloss, wurde dieser nach der Methode von Deleury gemacht, die Placenta war glücklicherweise nicht getroffen; das todte Kind bald extrahirt. Die lose in der Gebärmutterhöhle liegende Placenta wurde gleich fortgenommen, worauf sich der Uterus gut kontrahirte. Die Uterusnaht wurde nicht ausgeführt; die Bauchnaht mit Seide. Antiseptischer Verband. Die ersten Tage fieberte die Pat., welche langsam genas.

Die Frage, warum die Kephalotribe oder der Kranioklast nicht von ihnen angewendet wurden, beantwortet v. A. dahin, dass das Appliciren dieser Instrumente äußerst schwierig und eben so wenig befriedigend sein soll wie die Zange. (Wenn man mit der Naegele'schen Schere bohrende Bewegungen gemacht, oder mit dem Braun'schen Perforatorium den Scheitel angebohrt hätte, hätte man den Kranioklast vielleicht anwenden und so den Kaiserschnitt umgehen können. Ref.)

**A. Mijnlieff** (Breukelen).

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 21.** **Sonnabend, den 22. Mai.** **1886.**



## *Programm*

### *für die am 17., 18. und 19. Juni 1886 in München stattfindende erste Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie.*

*Mittwoch, den 16. Juni Abends 8 Uhr Versammlung im Saale des Kunstgewerbehauses (Pfandhausstraße 7/I).*

*Donnerstag, den 17. Juni: Erster Sitzungstag. Vormittags 10 bis 1 Uhr: in der kgl. Universitäts-Frauenklinik: Wahl des nächsten Versammlungsortes und Vorträge. 1—2 Uhr: Frühstück bei Danner oder im Hofbräuhause. Nachmittags 2—4 Uhr: Vorträge in der Klinik. 5 Uhr: Gemeinschaftliches Diner im Saale des Kunstgewerbehauses. Abends: Keller oder Theater.*

*Freitag, den 18. Juni: Zweiter Sitzungstag. Vormittags 9—12 Uhr in der kgl. Universitäts-Frauenklinik: Vorträge und Demonstrationen. 12—2 Uhr: Frühstück im Kunstgewerbehaus. 2 bis 4 Uhr Nachmittagssitzung: Vorträge. 5 Uhr Diner in Privatkreisen. Abends: Keller oder Theater.*

*Sonnabend, den 19 Juni: Dritter Sitzungstag. Vormittags 9 bis 12 Uhr in der kgl. Universitäts-Frauenklinik: Vorträge und Demonstrationen. 12 Uhr: Schluss. Nachmittags zu noch festzustellender Stunde Fahrt nach Feldafing am Starnbergersee: Gemeinschaftliches Mittagessen.*

*Die Herren Mitglieder und Theilnehmer werden ersucht, möglichst bald schriftlich beim Unterzeichneten oder spätestens am 17. Juni Vormittags 8—9 Uhr in der kgl. Universitäts-Frauenklinik für das gemeinschaftliche Diner sich einzuschreiben und ihre Betheiligung an der Fahrt nach Feldafing anzugeben.*

*Zu Führung in der kgl. Universitäts-Frauenklinik ist der Unterzeichnete sowohl Vormittags 8—9 Uhr als Nachmittags 4—5 Uhr bereit.*

*Bisher sind folgende Vorträge angemeldet:*

1) *Herr Müller (Bern). Zur Nachbehandlung schwerer Laparotomien.*
2) *Herr Bayer (Straßburg). Über Placenta praevia.*
3) *Herr Fehling (Stuttgart). Über Fruchtwasseruntersuchung.*
4) *Herr Sänger (Leipzig). Über Palpation der Harnleiter mit Demonstration.*
5) *Herr Zweifel (Erlangen). Demonstration einiger Präparate.*
6) *Herr Frommel (München). Beitrag zur Histologie der Eileiter.*
7) *Herr Sänger (Leipzig). Über Vereinfachung der Technik des Kaiserschnittes.*
8) *Herr Krukenberg (Bonn). Das Verhalten alter Kaiserschnittnarben bei nachfolgender Schwangerschaft.*
9) *Herr B. S. Schultze (Jena). Thema vorbehalten.*
10) *Herr Breisky (Prag). Über die Behandlung der Wochenbettkrankheiten als Einleitung zu einer allgemeinen Diskussion über dieses Thema.*
11) *Herr Müller (Bern) eventuell: Über die Veränderungen der vorderen Bauchwand im Wochenbett.*
12) *Herr Sänger (Leipzig). Über die Beziehungen der gonorrhoischen Infektion zu Puerperalerkrankungen.*
13) *Herr Kaltenbach (Gießen). Zur Prophylaxis der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum.*
14) *Herr Kehrer (Heidelberg). Über Puerperalpuls.*
15) *Herr Olshausen (Halle). Über das Verhalten des Cavum Douglasii im weiblichen Körper.*
16) *Herr Schatz (Rostock). Über Geschwüre der Harnblase.*
17) *Herr Bumm (Würzburg). Die Ätiologie des puerperalen Blasenkatarrhes nach Beobachtungen an Wöchnerinnen und Thierversuchen.*
18) *Herr Kaltenbach (Gießen). Demonstration von Präparaten.*
19) *Herr Fischel (Prag). Thema vorbehalten.*
20) *Herr Skutsch (Jena). Über Beckenmessung.*
21) *Herr Frank (Köln). Thema vorbehalten.*
22) *Herr Stumpf (München). Über puerperale Eklampsie.*
23) *Herr Schatz (Rostock). Die typischen Schwangerschaftswehen.*
24) *Herr Frommel (München). Über tuberkulöse Peritonitis.*
25) *Herr Kehrer (Heidelberg). Über puerperale Mastitis.*
26) *Herr Olshausen (Halle). Notizen über das klinische Anfangsstadium der Myome.*
27) *Herr Küstner (Jena). Über Perineoplastik.*
28) *Derselbe: Über Cocain in der plastischen Chirurgie.*
29) *Herr Schatz (Rostock). Die Bebrütung des menschlichen Eies.*
30) *Herr Winckel (München). Über das interne puerperale Erysipel mit Demonstrationen.*
31) *Derselbe: Über die Mortalitätsstatistik deutscher Gebäranstalten.*
32) *Herr Fritsch (Breslau). Über Perineoplastik.*
33) *Derselbe: Über die Behandlung großer Wundflächen im Peritonealraum.*
34) *Herr Soltmann (Breslau). Über Totalexstirpation des Uterus bei Prolaps.*

**F. Winckel.**

## *Einladung.*

*Vom 18. bis 25. September findet die diesjährige Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Berlin statt.*

*Indem die Unterzeichneten die Fachgenossen zu derselben einladen, bitten sie gleichzeitig um Anmeldung von Vorträgen.*

*Berlin, Ende Februar 1886.*

**Gusserow. Schroeder.**

*Von Vorträgen sind bereits angemeldet:*

*1) Herr Bokelmann: Über Antisepsis in der Geburtshilfe. 2) Herr E. Cohn: Über die Ophthalmoblennorrhoe der Neugebornen. 3) Herr Gusserow: Über Exstirpation von Tubensäcken. 4) Herr Hennig: Demonstration von Nachbildungen der Altenburger Puella caudata. 5) Herr M. Hofmeier: Über die definitive Heilung des Gebärmutterkrebses. 6) Herr Landau: Über die Beziehungen der Harnleiter zu gynäkologischen Erkrankungen. 7) Herr Loehlein: Indikation zur künstlichen Frühgeburt bei inneren Krankheiten. 8) Herr Martin: Über Tubarerkrankungen. 9) Herr C. Ruge: Über die Placenta. 10) Herr Schroeder: Über Kastration bei Neurosen. 11) Herr Stratz: Über die Lage des Uterus. 12) Herr Veit: Über Endometritis. 13) Herr Winter: Über das enge Becken. 14) Herr Wyder: a) Perforation oder Sectio caesarea? b) Über die Behandlung der Placenta praevia. c) Über Dysmenorrhoea membranacea.*

*Die Anmeldung weiterer Vorträge ist sehr erwünscht, auch wenn sie dieselben oder ähnliche Themata behandeln. Vorträge über verwandte Themata werden auf einander folgen und die Diskussion über dieselben wird eine gemeinschaftliche sein.*

*Ausdrücklich wird bemerkt, dass die von auswärtigen Fachgenossen angemeldeten Vorträge, auch was die Reihenfolge anbelangt, in erster Linie Berücksichtigung finden werden.*

*Als Sitzungslokal wird die Aula der Universität dienen, in der die Sitzungen des Chirurgenkongresses stattzufinden pflegen.*

---

## Entgegnung an Herrn Dr. Bayer.

Von

**Dr. M. Hofmeier.**

Der in No. 18 dieses Blattes enthaltene Artikel von Bayer »Über das untere Uterinsegment« nöthigt mich zu einer Antwort, da er mir vorwirft »durch eine leichthin geworfene Beschuldigung seine (Bayer's) Arbeit — die Morphologie der Gebärmutter —: das Ergebnis jahrelanger, mühevoller Untersuchungen und Überlegungen zu diskreditiren«. Dieses soll geschehen sein durch eine kurze Anmerkung in einer eben publicirten Arbeit von mir »Über das untere Uterinsegment«, welche also lautet: »Er (Bayer) bestätigt durchweg die Bekleidung des unteren Uterinsegments mit Decidua, ist aber für seine Annahme der Entwicklung derselben aus Cervixschleimhaut selbst den Versuch eines Beweises schuldig geblieben«. Diese Bemerkung fasst Bayer als eine Beschuldigung auf und glaubt deren wahren Grund darin finden zu sollen, dass ich seine Arbeit wahrscheinlich gar nicht gelesen oder höchstens durchblättert habe. Er schließt daran die Aufforderung, dieselbe einmal gründlich — sine

ira sed cum studio — durchzulesen. Dass dies Letztere geschehen war, bevor ich jene Bemerkung schrieb, ist selbstverständlich; ich hatte sie nicht nur durchgelesen, sondern durchstudirt, was bei dieser 300 z. Th. ganz klein gedruckte Seiten umfassenden Arbeit, die eine Fülle anatomischer und klinischer Untersuchungen und neuer Theorien enthält, wahrlich keine kleine Mühe war. Dass ich die Anfang September in meine Hände gekommene Arbeit in der meinigen nicht mehr berücksichtigen konnte, lag (was ich übrigens bemerkte) daran, dass mein Manuskript bereits Ende Juli abgeschlossen der Verlagsbuchhandlung eingeschickt war. Entweder musste ich also mein Manuskript zurückziehen und noch einmal umarbeiten oder unverändert mit einer kurzen Motivirung meines Schweigens abdrucken lassen. Denn eine so umfassende Arbeit, wie die von Bayer, lässt sich nicht in einigen Sätzen widerlegen oder sachlich kritisiren. Es hätte dazu erneuter, umfassender anatomischer Studien bedurft, zu denen mir für diese meine Arbeit absolut die Zeit fehlte. Ich wollte aber doch die mir wichtig erscheinende Thatsache, dass auch er auf dem unteren Uterinsegment überall Decidua fand, anführen. Den Rest der Bemerkung hätte ich allerdings, da ich nicht weiter auf die Arbeit eingehen konnte, auch fortlassen können. Da sie aber einmal geschrieben ist und Bayer in ihr eine Diskreditirung seiner Arbeit zu sehen glaubt, will ich kurz versuchen, sie zu rechtfertigen.

Die Punkte, welche Bayer selbst hier als Beweise für seine Ansicht anführt, wenn ich ihn recht verstehe, sind folgende: Er glaubt aus seinen anatomischen Untersuchungen den bestimmten Beweis geführt zu haben, dass das untere Uterinsegment aus dem supravaginalen Theil des Cervix entstanden sei. Er findet dasselbe nun bekleidet mit einer — gewisse Eigenthümlichkeiten zeigenden — Decidua. Er zieht daraus den »Schluss«, dass die Cervikalschleimhaut an dieser Stelle sich in Decidua umgewandelt habe. Ich gestehe allerdings, dass ich diesen Schluss nicht für einen sachlichen Beweis halte; ich würde viel eher den Schluss ziehen, dass dann seine anatomischen Deduktionen nicht zutreffend waren. Das von Bayer »geschlossene« Verhältnis ist, abgesehen von dem Küstner'schen Präparat, ganz neu und — ich wiederhole es — von kompetenter Seite durchaus bestritten. Ich habe als Autoren hierfür Leopold, Sänger und C. Ruge angeführt, die sich allerdings, wie Bayer meint, irren können. Aber der Irrthum kann doch auch dann auf seiner Seite sein! Hat Bayer vielleicht, außer einer Vermuthung, den geringsten stichhaltigen Grund dafür angeführt, warum sich dann nicht die ganze Cervixschleimhaut in Decidua verwandelt? Mir scheint, dass derjenige, welcher mit den bisher gültigen Anschauungen in absolutem Widerspruch stehende Behauptungen aufstellt, viel mehr zu dem Beweis für seine Behauptung verpflichtet ist, als derjenige, welcher die Behauptung leugnet, zu dem Gegenbeweis. Wie soll überhaupt der Beweis geführt werden, dass anatomisch differente Gewebe sich nicht in einander umwandeln können? Kann man

anatomisch beweisen, dass z. B. aus Uterusschleimhaut keine Scheidenschleimhaut wird? Man beweise es positiv! Dann wird man es glauben. Auch das Analogon mit der Tubenschleimhaut, welches Bayer so nachdrücklich betont, könnte doch unmöglich als ein Beweis dienen für gleiche Verhältnisse am Cervix. Ich kann also auch hier nur wiederholen, dass die angeführten Verhältnisse und Schlüsse mir keine anatomischen Beweise zu sein scheinen, sondern Hypothesen, die vielleicht richtig sind — was ich nicht glaube — aber bis jetzt nicht erwiesen. Ich habe allerdings geglaubt, dass die von Bayer in seinem Résumé ausgesprochene Hypothese von der Erweiterung der Cervixhöhle etc. den — meiner Meinung nach fehlenden — anatomischen Beweis ersetzen sollten. Ich habe also durchaus nicht leichthin, sondern nach sorgfältigem Studium der Bayer'schen Arbeit jene Bemerkung geschrieben, die übrigens doch nur einen ganz kleinen Theil der Arbeit betrifft. Dass der Autor darin die Absicht einer Diskreditirung oder Abfertigung seines ganzen Werkes gesehen hat, bedauere ich um so mehr, als ich von Anfang an die außerordentliche und mühevolle Arbeit, die in ihm steckt, voll und ganz anerkannt habe. Auch hier aber muss ich es ablehnen, auf seinen Inhalt weiter einzugehen, da, wie ich schon sagte, eine sachgemäße Würdigung desselben eingehende weitere anatomische Studien erfordert, und kein Autor zu einer motivirten Kritik der Ansichten eines Anderen gezwungen werden kann.

Im Übrigen konstatire ich gleichfalls mit vieler Befriedigung, dass in Bezug auf die objektiven Befunde bei uns fast vollkommene Übereinstimmung herrscht und unsere Ansichten eigentlich nur in Bezug auf die Genese des unteren Uterinsegments differiren.

Berlin, 3. Mai 1886.

---

## 1) **Gurlt** und **Hirsch.** Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1885/86.

Auch den Lesern unseres Blattes sei das ausgezeichnete Werk bestens empfohlen. Gerade in unserer Zeit, in welcher die Mediciner so wenig Interesse für die Geschichte der Medicin zeigen, ist es verdienstvoll, ein derartiges Werk zu ediren. **Fritsch** (Breslau).

---

## 2) **Skutsch** (Jena). Zur Frage über den Effekt der Schultze'schen Schwingungen für die Wiederbelebung scheintodter Neugeborener. (Aus der gynäk. Klinik zu Jena.)

(Deutsche Medicinalzeitung. 1886. No. 1.)

Verf. liefert einen Beitrag zu der in neuerer Zeit öfter ventilirten Frage von der Wirksamkeit der Schultze'schen Schwingungen behufs Wiederbelebung scheintodter Neugeborener, indem er den

früher veröffentlichten, die Wirksamkeit der obigen Methode sicher beweisenden Fällen Sommer's einen von ihm beobachteten, gleichfalls beweiskräftigen Fall beifügt, welcher bei der Wichtigkeit des Falles kurz folgen möge:

Die 24jährige IIpara wird ca. 16 Stunden nach Wehenbeginn in die Klinik aufgenommen. Befund: 1. Schädellage, kindliche Herztöne nicht zu hören, Kindsbewegungen seit 2 Stunden von der Gebärenden nicht mehr empfunden, Muttermund vollständig, Blase steht, Kopf im Beckeneingang, zwischen Kopf und Blase querverlaufend die gänzlich pulslose Nabelschnur deutlich fühlbar.

Kurz darauf Blasensprung und rascher Durchtritt des Kindes. Dieses ist todtgeboren, 55 cm lang, 2990 g schwer, zeigt alle Zeichen der Reife.

Verf. konstatirte zunächst mittels Perkussion über der ganzen Lunge gedämpften Schall und nahm dann unter Vermeidung aller anderen Manipulationen genau nach Schultze's Vorschrift 50 Schwingungen vor. Von der 15. Schwingung an In- und Exspirationsgeräusch.

Die hierauf vorgenommene Perkussion ergiebt im Bereich der normalen Lungengrenzen hellen Schall und die sofort sehr sorgfältig gemachte Sektion: Ausgiebiger Luftgehalt der gesammten Lungen (Näheres im Original).

Mit Recht behauptet Verf., dass durch diesen Fall (wie auch die Fälle von Schauta und Sommer) »der unwiderlegliche Beweis erbracht ist, dass durch Schultze'sche Schwingungen bis dahin luftleere Lungen in ausgiebiger Weise lufthaltig gemacht werden können«.

Wie aber sind die negativen Versuche Hofmann's und Nobiling's zu erklären? Verf. spricht die Vermuthung aus, dass möglicherweise der Grund hiervon in der Art der Ausführung der Versuche liegt und betont, dass eine richtige und wirksame Handhabung der Methode durchaus nicht ganz leicht und nur durch häufige Übung zu erlernen, so wie dass für den Erfolg eine minutiöse Befolgung der Schultze'schen Vorschriften höchst wichtig sei.

**Haidlen** (Stuttgart).

---

### 3) **Truzzi** (Mailand). Puerperale Peptonurie.

(Annali univ. di med. e chir. 1885. Juni u. December.)

Nach einer kurzen Zusammenfassung der einschlägigen Litteratur theilt Verf. die Methode und die Resultate seiner zahlreichen Experimente mit. Von 97 gesunden Wöchnerinnen wurde der Harn durch mehrere Tage nach der Angabe von Hofmeister-Fischel auf seinen Peptongehalt untersucht. Die erste Tafel bringt die Resultate der Untersuchung an den verschiedensten Wochenbettstagen. Die Durchschnittswerthe der verschiedenen quantitativen Bestimmungen an den einzelnen Wochenbettstagen werden in der zweiten Tafel graphisch zusammengestellt. Zwei andere Tafeln zeigen das Verhältnis zwischen Peptonurie und Säugegeschäft; eine fünfte be-

rücksichtigt die Peptonurie nach der Ausstoßung macerirter Früchte, eine sechste nach Fehl- und Frühgeburten. Am Schlusse seiner Arbeit stellt Verf. folgende Corollarien auf:

1) In den ersten Wochenbettstagen ist die Peptonurie eine häufige Erscheinung, doch nicht so häufig, als es Fischel (freilich auf Grundlage weniger zahlreicher Beobachtungen) behauptet.

2) Die Peptonurie erscheint gewöhnlich am 2. Tage, wächst während des 3., erreicht ihr Maximum am 4., um dann, ohne einen gewissen regelmäßigen Typus, abzunehmen. Nach dem 9. Tage ist der Harn gewöhnlich peptonfrei.

3) Die Pathogenese der Peptonurie ist dunkel. Der Involutionsprocess des Uterus scheint doch die größte Rolle dabei zu spielen; die Disposition dazu mag durch die allgemeinen Stoffwechselverhältnisse, wie sie nach der Geburt eintreten, gegeben sein.

Milchzufuhr zu den Brüsten und das Säugegeschäft überhaupt scheinen keinen Einfluss auf den Peptongehalt des Harnes auszuüben.

Nach Abortus oder Frühgeburt und nach der Ausstoßung macerirter Früchte fehlte die Peptonurie überhaupt oder der Peptongehalt des Harnes war sehr gering. **Liebman** (Triest).

---

### 4) **Negri** (Novara). Bericht.

(Annali di ostetricia etc. 1885. September—Oktober.)

Vom 12. November 1884 bis zum 12. Juli 1885 kamen 82 Geburten in der Anstalt vor. Von den Frauen waren 41 Erstgebärende und eben so viele Mehrgebärende. Es wurden 37 Knaben und 45 Mädchen geboren.

Operationen: Beckenausgangszange 8, Zange im Beckeneingang 2, Laparotomie wegen Extra-uterin-Schwangerschaft 1 (schon veröffentlicht), Porro'scher Kaiserschnitt mit gutem Erfolge für Mutter und Kind (wird nächstens veröffentlicht) 1. Es erkrankten 4 Wöchnerinnen an leichten Puerperalprocessen, davon starb keine. An anderen Krankheiten (Eklampsie, Malaria, Pneumonie) starben 7. Als Desinficiens der Hände und zu vaginalen Injektionen wurde stets eine $1^0/_{00}$ige Sublimatlösung angewendet, zu intra-uterinen Irrigationen 1 : 2000. Während des normalen Wochenbetts wurden nie prophylaktische Irrigationen gemacht. **Liebman** (Triest).

---

### 5) **K. Mills.** Die Behandlung der Hysterie. Vortrag in der med. Gesellschaft zu Philadelphia. Diskussion über denselben.

(Polyclinic 1885. No. 4.)

M. spricht sich für eine mehr psychische Behandlung Hysterischer aus, warnt aber vor zu harten Maßregeln, welche nur mit

Vorsicht und in bestimmten Fällen in Anwendung gebracht werden dürfen. Die Kastration billigt er nur dann, wenn Ovarialerkrankungen nachweisbar sind oder hochgradige Nymphomanie besteht. Die Behandlung der Krampfanfälle soll sich danach richten, ob sie vorsätzliche oder unfreiwillige sind. Nervendruck, Einathmungen von Amylnitrit, Applikation elektrischer Ströme an die Glieder und Füße werden für letztere empfohlen, während bei den ersteren einfachere Maßnahmen, Drohungen, Inhalation von Salmiakgeist etc. oft ausreichen.

G. Hamilton erinnert daran, dass französische Ärzte eine Hysteria apoplectica beschrieben haben. Er berichtet einen Fall von plötzlichem Tod nach Auftreten hysterischer Symptome bei einem zuvor gesunden, ca. 22jährigen Mädchen.

D. Blackwood möchte drei Arten von Hysterie unterscheiden, 1) Hystero-Epilepsie, 2) wirkliche Hysterie, 3) simulirte oder imitirte Hysterie. Die wirkliche Hysterie führt er in den meisten Fällen auf spinale Kongestion zurück. Die Applikation von Eisbeuteln auf die Wirbelsäule soll hier sehr gute Dienste leisten, außerdem der konstante Strom (ein Pol auf den Nacken, der andere auf das Kreuzbein oder die Ovarialgegend. Den Induktionsstrom wendet B. selten an. Vor der Kastration warnt er. Besserungen, selbst vorübergehende, hat er nach ihr in einer Reihe von Fällen nicht gesehen, bei zweien sogar eine Verschlimmerung.

Th. Parvin hält 3 Punkte für sehr wichtig bei der Behandlung der Hysterie, eine gewisse Sympathie, Interesse des Arztes für den Pat., volles Vertrauen des letzteren auf den ersteren, schließlich unbedingter Gehorsam der Kranken. Die therapeutischen Maßnahmen müssen vor Allem darauf hinauslaufen, die Willenskraft zu stärken.

H. Lloyd glaubt, dass nicht immer die Scheidung in beabsichtigte und unfreiwillige Hysterie sich durchführen ließe. Es kämen entschieden Fälle vor, wo beabsichtigte Konvulsionen in unfreiwillige übergingen.

**Graefe** (Halle a/S.).

---

### 6) **Rockwell.** Der galvanische Strom in chronischer Cellulitis pelvica.

(Med. record 1885. December 5. p. 627.)

Bei alten parametritischen Exsudaten ist die lokale Anwendung des galvanischen Stromes ein ganz vortreffliches Mittel zur Aufsaugung. In Folge dieser Wirkung verschwinden dann mit der fortschreitenden Resorption auch alle Erscheinungen, welche durch den Druck des Exsudats verursacht worden waren, z. B. Ischias.

**Lühe** (Demmin).

# Kasuistik.

## 7) Gynäkologische Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 13. April 1886.

Vorsitzender: Herr Reusche, Schriftführer: Herr K. Jaffé.

I. Demonstrationen.

a. Herr Lomer zeigt ein Hydrocephaluspräparat. Das Kind war in Abwesenheit von Arzt und Hebamme spontan geboren. L. macht auf den fast vollständigen Defekt der Ohren aufmerksam.

Herr Jollasse hat jüngst von Dr. Schede einen Fall operiren sehen, wo äußerlich ebenfalls ein Ohrdefekt bestand und wo versucht wurde, auf operativem Wege einen äußeren Gehörgang herzustellen. Dieser Versuch musste aber wegen Mangels jeder Bildung eines Gehörapparates aufgegeben werden.

b. Herr Mennig zeigt ein Hemicephaluspräparat, stammend von einer 28jährigen Frau, deren Geburt nicht spontan zu Ende kommen wollte. M. konnte mittels eines stumpfen Hakens, den er in die linke Achselhöhle des Kindes setzte, letzteres entwickeln, wobei eine Armfraktur erfolgte. An dem Präparat fallen die mangelhaft entwickelten Genitalien auf.

Herr Fränkel hat den übrigen Körper des Kindes secirt und konnte auch in diesem Falle wieder totalen Defekt der Nebennieren bei wohl entwickeltem Sympathicus konstatiren.

c. Herr Steffann demonstrirt die Pat., an der er den in vorletzter Sitzung beschriebenen Kaiserschnitt ausgeführt hat, nebst dem exstirpirten Uterus.

(Vgl. Centralblatt für Gynäkologie 1886. No. 16[1].)

d. Herr Häckermann zeigt 1) eine Fleischmole mit starken Wucherungen an den Eihäuten, 2) ein exstirpirtes Ovarium. Dasselbe entstammt einer 23jährigen Virgo, die wegen Kreuz- und Leibschmerzen und den von Hegar sog. »Lendenmarkssymptomen« seine Hilfe aufsuchte. H. fand im Ovarium eine kleine Cyste. Exstirpation. Wundverlauf gut. Anfangs waren alle Schmerzen geschwunden, kehrten jedoch nach 8 Wochen bereits zurück. H. fand diesmal Reizung des Scheideneinganges und Fluor albus, als deren Ursache bei näherem Nachforschen Masturbation eruirt werden konnte. In Folge eindringlicher Vorstellungen seitens H. legte Pat. ihr Laster ab und ist seither völlig gesund geworden.

Der Fall passt dem klinischen Bilde nach zu den von Schmalfuß veröffentlichten Hegar'schen Fällen, in denen beide Ovarien exstirpirt wurden. H. glaubt, dass für solche Fälle die Kastration unbedingt verwerflich sei und fordert zu genauerer Anamnese auf.

Diskussion. Herr Hotte hält den vorgetragenen Fall für äußerst lehrreich in Bezug auf die Indikationsstellung für Kastrationen.

II. Herr Lomer: Über einen Fall von Stechapfelvergiftung in der Schwangerschaft, nebst Bemerkungen über medikamentöse Abortivmittel.

Die 35jährige, verheirathete E. hatte bereits 6mal geboren; wegen abermaligem Ausbleiben der Periode wandte sie sich an eine Nachbarin und erhielt von derselben einen, angeblich gegen Blutstockungen wirkenden Thee. Einige Stunden nach Genuss des Theeaufgusses wurde Vortr. gerufen. Er fand die Pat. bewusstlos, die Conjunctiven unempfindlich, die Pupillen sehr weit, Respiration stark beschleunigt, Puls fliegend, kaum zählbar, ca. 160; die Haut mit Schweiß bedeckt. Am auffälligsten war ein kontinuirliches Zittern des Körpers, ein Greifen mit den Händen, Schütteln des Kopfes etc. Der Mann der Pat. sagte aus, dass seine Frau, vermuthlich, den Thee getrunken habe, um die Gravidität zu unterbrechen. Nach dem Genusse desselben habe sie noch einen Versuch gemacht aufzustehen, sie sei aber dabei ohnmächtig hingestürzt. Es wurde nun der Pat. ein Brechmittel von Tart. stib. und Ipecacuanha eingeflößt, worauf eine ziemliche Menge einer grün-

[1] Berichtigung. In dem erwähnten Referat sind die Worte »und Sänger's« (p. 252 Z. 21 v. u.) zu streichen.

braunen flüssigen Masse erbrochen wurde. Am nächsten Tage war das Sensorium wieder frei, das Zittern am Körper bestand noch in geringem Maße, die Pupillen waren noch sehr weit, der Puls noch beschleunigt. Eine innere Untersuchung ergab, dass der Uterus entsprechend dem 4. bis 5. Monat der Gravidität vergrößert war; es bestanden keine Zeichen eines drohenden Abortes. Die Pat., die jetzt Angst zu haben schien vor dem Staatsanwalte, legte den Fall nun so aus, dass sie gar nicht gewusst habe, dass sie gravid sei, und dass sie den Thee wegen Brustbeklemmungen genommen. Da nun hier durch Kurpfuscherei das Leben der Frau in ernste Gefahr gebracht worden war, hielt Vortr. es für nöthig, den Fall zur Kenntnis der Behörden zu bringen; ein Rest des Theeaufgusses, so wie einige übrig gebliebene Theeblätter wurden mit eingeschickt.

Obiges hatte sich Ende August 1885 zugetragen. Am 23. Januar 1886 wurde Vortr. wieder zu der Frau gerufen. Sie hatte so eben ein gesundes ausgetragenes Kind geboren, die Placenta war zurückgeblieben und musste in Narkose manuell entfernt werden. Als die Pat. den Theeaufguss getrunken hatte, war sie also wirklich im 4. Monat schwanger gewesen, und trotz der so heftig auftretenden Intoxikationserscheinungen war die Gravidität nicht unterbrochen worden. Um nun Aufklärung zu erhalten über die Natur des Thees, wandte sich Herr Lomer an die Staatsanwaltschaft, und erhielt von derselben die Erlaubnis, die Akten des betreffenden Falles durchzusehen. Daraus ergab sich, dass die alte Frau, welche den Thee verordnet hatte, eine vorher unbestrafte Person, an Asthma litt und dagegen Stechapfelthee rauchte. Sie pflegt das Medikament aus der Droguenhandlung zu holen. Angeblich sollte Stechapfel auch gut sein gegen Blutstockungen und desshalb verordnete sie den Thee bei ihrer Nachbarin gegen Ausbleiben der Periode. Da nun beide Frauen angaben, nicht gewusst zu haben, dass es sich um Gravidität gehandelt habe, ferner, auch nicht mit den giftigen Eigenschaften des Mittels bekannt gewesen zu sein, so wurde kein Strafantrag gestellt. Die chemische Untersuchung des Aufgusses ergab, dass es sich um Datura Strammonium gehandelt hatte, und dass die Kranke ca. 0,2 Daturin zu sich genommen haben musste.

Herr Lomer durchsuchte nun die Litteratur nach ähnlichen Fällen, speciell um der Frage näher zu treten, ob Strammonium zu den Abortivmitteln zu rechnen sei. Ein volksthümliches, gebräuchliches Mittel zu diesem Zwecke ist es jedenfalls nicht; man findet zwar in der älteren Litteratur häufig die Angabe verzeichnet, dass Stechapfel reizende Eigenschaften für die Sexualthätigkeit habe, ohne dass diese Behauptung indess durch positive Beobachtung bestätigt wäre. Vielleicht hat man desshalb Strammonium ab und zu als Abortivum angewandt. Dass es aber ein unzuverlässiges Mittel ist, zeigt der oben beschriebene Fall, zeigt ferner ein ganz ähnlicher Fall aus der Litteratur. Eine Schwangere hatte $6^1/_2$ Drachmen Stechapfelsamen zu sich genommen, um dadurch die Gravidität zu unterbrechen. Es waren ganz dieselben Intoxikationserscheinungen aufgetreten, wie in dem von Herrn Lomer beobachteten Falle. Bewusstlosigkeit, Tremor, weite Pupillen, Pulsbeschleunigung; auf ein Brechmittel war Genesung der Pat. erfolgt und zwar ohne Unterbrechung der Gravidität, die bis zum Ende normal verlief (Rieseberg, Schmidt's Jahrbücher 5. p. 23). Die Fälle von Stechapfelvergiftung außerhalb der Schwangerschaft sind nicht selten. Herr Lomer fand solche an 26 Stellen in der Litteratur erwähnt; es handelte sich meist um Kinder oder Soldaten, welche nach Genuss von Stechapfelbeeren erkrankten, mehrere Fälle verliefen tödlich.

Bei der Ähnlichkeit der Wirkung des Strammonium und der Belladonna, war es von Interesse zu wissen, ob etwas über Abort verursachende Wirkung dieses Mittels bekannt sei, besonders da nach Ploss (Zur Geschichte etc. der Fruchtabtreibung p. 41) heut zu Tage in Griechenland die Belladonna als Abtreibemittel benutzt wird. Herr Lomer konnte nun nichts dies Bestätigendes in der Litteratur finden. Unter 29 Fällen von Belladonnavergiftungen wurde das Mittel niemals zu diesem Zwecke benutzt; in einem Falle nahm eine Schwangere 9 cg Atropin zu sich, ohne dass dadurch die Gravidität unterbrochen worden wäre (Schmidt's Jahrbücher No. 107. p. 297).

Angesichts der negativen Wirkung dieser Narcotica als Schwangerschaftsunterbrecher war Herr Lomer erstaunt eine Angabe von kompetenter Seite zu finden, der zufolge Opium sehr leicht und sehr häufig den Abortus hervorrufen solle. Diese von D'Outrepont gemachte Erfahrung (Zeitschrift f. Geburtskunde I. p. 99) kann Herr Lomer nicht bestätigen; er fand auch in der Litteratur nichts, was für die D'Outrepont'sche Ansicht spräche; im Gegentheil, man sei gewohnt Opium bei drohendem Abort zu geben, und habe dabei gute Erfolge erzielt. Die calmirende Wirkung des Opiums auf den Uterus habe Röhrig experimentell auch nachgewiesen (Virchow's Archiv LXXVI. p. 1).

Wenn man die Umschau nach der Wirkung der innerlich dargereichten Abortivmittel etwas erweitert, dann muss man zunächst konstatiren, dass es kein Mittel giebt, welches per os genommen, sicher und zuverlässig als Schwangerschaftsunterbrecher wirkt. Herr Lomer ist nach Durchsicht der diesbezüglichen Litteratur zu der Anschauung gekommen, dass das eigentlich Wirksame, bei den Abtreibeversuchen in den örtlich applicirten Mitteln und Manipulationen zu suchen ist. Es gäbe gewiss Fälle, in denen, durch konsequente Theekuren mit drastischen Mitteln der ganze Organismus derartig geschwächt und verändert wird, dass durch diese Veränderungen — sekundär also — der Abort hervorgerufen werden kann. Bezeichnend seien die Schilderungen Thomsen's (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1864 p. 315) über die in Schleswig-Holstein üblichen Abortivmittel. Die Frauen fangen mit allerlei Theekuren an, dieselben sind aber meist nur dann wirksam, wenn außerdem Manipulationen an den Genitalien vorgenommen werden. Wenn es ein Land giebt, wo man Auswahl an scharfen, volksthümlichen Abortivmitteln hat, so ist es der Orient und speciell Indien. Hier macht man sich auch gewiss keinen Skrupel daraus, das innerliche Mittel in der nöthigen Masse und Beschaffenheit zu nehmen, um ganz sicher den Erfolg davon zu haben. Wie aber verfährt man in diesen Ländern? Shortt (Transact. of obst. soc. 1868) hat als Gerichtsarzt in Englisch Indien hierüber genaue Beobachtungen gemacht. Er giebt an, dass die wirksamsten und gebräuchlichsten Abtreibemethoden darin bestehen, dass besonders scharfe und ätzende Pflanzensäfte an den Enden von Bambusstangen applicirt, in die Genitalien eingeführt und möglichst tief vorgeschoben werden. Wenn wir nun hören, dass in Griechenland Belladonna als Abtreibemittel gebraucht wird, so verstehen wir das nicht, hören wir dann aber noch dazu, dass das Mittel gewaltsam in die Vagina eingeführt wird (l. c. p. 41), dann begreift man es schon besser. Hier ist aber nicht die Belladonna das Abortivum, sondern die Applikationsweise derselben und der mechanische Insult rufen den Abort hervor.

Während Herr Lomer nicht bestreiten will, dass dieses oder jenes Drasticum indirekt auch den Abortus hervorrufen kann, dadurch, dass es beträchtliche allgemeine Störungen des Organismus erzeugt, betont er, dass, seiner Ansicht nach, die Ärzte im Allgemeinen die Wirksamkeit dieser Mittel auf den Uterus sehr überschätzen. Ein sicheres, specifisches, medikamentöses Abtreibemittel ist uns nicht bekannt; die große Zahl der als solche wirksam gepriesener Mittel, spricht gerade für die Unzuverlässigkeit derselben, besonders spricht aber für diese Unzuverlässigkeit die Erfahrung, dass bei Abtreibungsversuchen wiederholte Kuren mit allerlei Thee und Kräutern oft erfolglos sind und die Frauen schließlich zu mechanischen Mitteln greifen müssen, um ihren Zweck zu erreichen. Für die Praxis geht daraus hervor, dass man ohne Furcht einer Schwangeren ein Abführmittel darreichen kann. Herr Lomer konnte sich auch davon überzeugen, dass Bandwurmkuren, die er bei Schwangeren vornahm, ohne Einfluss auf den Uterus blieben.

Diskussion. Herr Ratjen hält die Aloë doch nicht für so ganz unwirksam.

Herr Lomer hat Schwangeren Aloëpillen stets ohne Nachtheil gegeben.

Herr Häckermann beobachtete den Eintritt von Abort nach dem Genuss von $^3/_4$ Seidel Kognak.

Herr Piza behandelte eine Gravida, die $^3/_4$ Liter Rosmarinschnaps getrunken hatte, jedoch nicht abortirte.

Herr Prochownick hat durch energisches Laxiren Abort eintreten sehen.

Herr Happe sah einen Tannapfel in der Vagina, der Abort hervorrufen sollte, aber unschädlich geblieben war.

Herr N. H. Cohen sah nach dem Gebrauch von Brandt's »Schweizerpillen« Abort eintreten.

Herr Raether bemerkt, dass in Ostpreußen auf dem Lande Sabina, Ol. succin. und Arsenik vielfach als Abortiva in Gebrauch sind. Die Wirkung erfolgt meist nur dann, wenn es zu einer heftigen Gastro-Enteritis dabei kommt.

Herr Reusche nennt noch die beliebten heißen Injektionen von Kamilleninfus als wirksames Abortivum.

---

## 8) **Julian Ledesma** (Salamanca). Rechtsseitige Leistenhernie eines schwangeren Uterus. Kaiserschnitt. Heilung.

(Boletin de Medicina, Cirurjia y Farmacia 1839. No. 211 u. Fenómena rara de Preñez ò historia de una hernia de la matriz. Madrid, Imprenta de Boix. 1840.)

42jährige, gut konstituirte VIIpara. Die 6 vorausgegangenen Geburten waren natürliche und gute. Litt schon vor ihrer Verheirathung an einer rechten Inguinalhernie, die sie mit Leichtigkeit reponiren konnte und die wenig belästigte.

Die rechte Hernie begann nach Ausbleiben der Menstruation (in der 7. Schwangerschaft) langsam zu wachsen und wies in allen ihren Symptomen auf einen schwangeren Uterus. Die Vaginaluntersuchung ermöglichte nicht die Erreichung der Vaginalportion.

Am 6. Juni 1839 (rechtzeitiges Ende der 7. Schwangerschaft) zeigten sich leichte Wehen, am 7. Juni steigerten sich dieselben und es floss Fruchtwasser durch die Scheide ab. Man versuchte den Uterus zu reponiren, jedoch ohne Erfolg, und schritt Mittags, da immer mehr Wasser abfloss und die Herztöne schwächer wurden, zum Kaiserschnitt; schon vorher wurde die Stelle ermittelt, woselbst die Placenta implantirt war. Es wurde ein Längsschnitt durch Haut, Bruchsack und Uterus gemacht, wobei eine beträchtliche Blutung entstand, der Fötus an den Füßen extrahirt und asphyktisch entbunden. Es gelang, das Kind zu beleben und erholte sich dasselbe gut. Dann wurde die Placenta extrahirt. Die Gebärmutter kontrahirte sich gut; die Wunde wurde nicht vernäht. Die Nachbehandlung war eine sehr primitive und trotzdessen genas die Kranke 3 Wochen danach.

**Kispert** (Madrid).

## 9) **Ulietti** (Bergamo). Porro'scher Kaiserschnitt.

(Annali di ostetricia etc. 1885. September—Oktober.)

Etwa 56 Stunden nach Beginn der Geburtswehen und 9 Stunden nach Abfluss des Fruchtwassers wurde bei der 27jährigen rachitischen Ipara (Conj. d. 6 cm) der Kaiserschnitt vorgenommen. Methode ganz nach Porro, nur dass die Konstriktion durch eine elastische Röhre von 0,5 cm Durchmesser gemacht wurde. Es wurde ein reifes lebendes Mädchen extrahirt. Wochenbett normal.

**Liebman** (Triest).

## 10) **Carloni** (Torrita-Val di Chiana). Kaiserschnitt.

(Sperimentale 1885. December.)

Die 27jährige Frau hatte nach der ersten, langwierigen Geburt (Zange) eine Blasenscheidenfistel zurückbehalten; auch die zweite Geburt wurde wegen Stenose der Scheide mit der Zange beendet. Bei der 3. Geburt wurde eine so gewaltige Narbenstenose am Beckenausgange gefunden, dass man sich ungefähr 19 Stunden nach Abfluss des Fruchtwassers, bei tetanisch kontrahirtem Uterus zur Sectio caesarea entschließen musste.

Bei Incision der Uteruswand kam man auf einen in derselben eingebetteten großen Hohlraum, der eine große Menge seröser, urinähnlicher Flüssigkeit enthielt. Dieser Sack hatte keine andere Wand als die Muskulatur des Uterus selbst. Nach Incision der hinteren Wand des Sackes kam man auf den Fruchtsack. Die

Deutung dieses Befundes weiß Verf. nicht zu geben. Es wurde ein reifes, lebendes Mädchen und sodann die Placenta extrahirt (Blutung). Die Uteruswunde wurde nicht genäht (?), Vereinigung der Bauchwunde wie bei jeder Laparotomie. Ziemlich normaler Verlauf des Wochenbetts, nur durch das Auftreten einer Vaginitis ulcerosa etwas gestört. Vollständige Heilung. **Liebman** (Triest).

### 11) **Fibbi** (Spoleto). Porro'scher Kaiserschnitt.

(Annali di ostetricia etc. 1885. September—Oktober.)

Die 32jährige Erstgebärende wurde, bei abgestorbenem Fötus, nach 4tägiger Geburtsarbeit, wegen vielfacher, meist subseröser Myome, operirt. Das größte Myom war über orangengroß, ging von der hinteren Uteruswand aus und ragte in das Becken hinein. Zuerst wurde der Uterus eröffnet, dann die Parametrien unterbunden und später eine elastische Schnur um den Hals gelegt. Extraperitoneale Befestigung des Stieles. Tod 24 Stunden post operationem an Collapsus. Bei der Sektion fand man Blut in der Beckenhöhle. Eine Ligatur des linken Parametriums hatte sich gelöst. **Liebman** (Triest).

### 12) **M. Wiener** (Breslau). Schwangerschaft im rechten (rudimentären?) Horne eines Uterus bicornis. Retention des reifen Fötus. Exstirpation des schwangeren Hornes.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 2.)

29jährige IIgravida. Vor 7 Jahren normale Entbindung. Letzte Menses Ende December 1883. Kindsbewegungen zuletzt am 16. September 1884 gefühlt. Seitdem Mattigkeit, häufiges Frösteln, Appetitmangel etc. Abnahme der zuvor geschwollenen Brüste. Ende Oktober heftige Schmerzen im linken Mesogastrium, 3wöchentlicher, blutig-schmutziger Abgang. Abdomen von einem großen Tumor eingenommen, sehr empfindlich, Uterus links von demselben. Diagnose: Extrauterin-Schwangerschaft. Nach Aufnahme der Pat. in die Breslauer Frauenklinik wurde in Narkose konstatirt, dass das Abdomen durch einen aus dem Becken aufsteigenden, etwas nach rechts gelagerten, glatten, brettharten Tumor vorgetrieben wurde. Corpus uteri links von demselben. Höhle 9 cm lang. Im rechten Scheidengewölbe, seitlich von der Portio vag., eine nussgroße, höckrige, empfindliche Geschwulst. Vorn im rechten Scheidengewölbe ein Segment des Tumor, hart und gewölbt, vielleicht der Kopf eines Fötus, als solcher aber nicht mit Bestimmtheit zu erkennen. Tumor etwas über dem Orif. int. mit dickem kurzen Stiel vom Uterus abgehend. Von rechts unten und außen über dem Beckeneingang schräg nach oben und innen zum Tumor verlaufend eine gespannte Falte, vermuthlich der obere Rand des rechten Lig. latum.

Sichere Diagnose, ob abnorme Schwangerschaft oder ein Tumor vorlag, nicht zu stellen. Daher Laparotomie, bei welcher sich der Tumor als das rechte schwangere Horn eines Uterus bicornis erwies, welches mit ziemlich kurzem dickem Stumpf etwas oberhalb des inneren Muttermundes abging. Nach Eröffnung des Hornes und Extraktion des in beginnender Maceration befindlichen Fötus Abtragung des ersteren durch Cirkulärschnitt. Verkleinerung des Stiels und Vernähung der Wundflächen, dann versenkt.

Der Heilungsverlauf wurde während der ersten 5 Tage durch Übelkeit, Erbrechen, Temperatursteigerung (bis 38,9), hohe Pulsfrequenz und zeitweise, kollapsartige Zustände gestört. Von da ab war die Temperatur normal. Pat. nach 4 Wochen geheilt entlassen. Eine zuvor vorgenommene vaginale Exploration ergab eine kleine Port. vag. Sonde drang leicht in das linke Horn, dessen Länge jetzt 6 cm betrug, nach rechts ließ sie sich nur 1 cm tief einführen. Bei Bewegung derselben fand sich ein sagittal verlaufendes Septum. Einige Monate später wurde bei erneuter Untersuchung im Stumpf des rechten Hornes ein 3 cm langer Kanal gefunden.

Der Beschreibung des exstirpirten Hornes, des Ovarium und des Fötus in makro- und mikroskopischer Hinsicht lässt W. einige Bemerkungen über den interessanten Fall folgen. Dass die Diagnose einer bestehenden Schwangerschaft

nicht gestellt worden, schiebt er auf die Unmöglichkeit, Kindestheile in Folge fast vollständigen Fruchtwassermangels und starker Spannung der Uteruswand zu fühlen. In Zukunft wird man also, auch wenn Kindestheile nicht gefühlt werden können, an Retention eines reifen Fötus in einem Horn eines Uterus bicornis denken müssen, wenn Schwangerschaftszeichen vorhanden und am rechtzeitigen Ende erfolglose Austreibungsbeschwerden dagewesen waren, wenn sich ferner ein glatter, gespannter, etwas schräg nach oben und außen verlaufender, in seiner Form einem hochschwangeren Uterus ähnelnder Tumor findet, der, wie durch einen Stiel, mit einem vielleicht etwas vergrößerten, stark bogenförmig nach der seitlichen oder hinteren Beckenwand zu verlaufenden Uterus zusammenhängt.

Bei Entscheidung der Frage, ob es sich in dem vorliegenden Fall um eine Gravidität in einem rudimentären Nebenhorn oder dem Horn eines gewöhnlichen Uterus bicornis gehandelt, neigt W. zu der letzteren Annahme. Eine strenge Scheidung dieser beiden Abnormitäten hält er überhaupt nicht für angebracht, wenn das Horn selbst bei fehlender Kommunikation mit dem Cervix in Bezug auf Muskulatur, Blutgefäße etc. genügend ausgebildet ist.

Unter Berücksichtigung des 4 Wochen nach der Operation gefundenen 3 cm langen Kanales im Stumpf des geschwängerten Hornes und des Umstandes, dass das Corpus luteum auf der Seite des letzteren saß, ist es wahrscheinlich, dass die Konception auf normalem Wege erfolgt ist. W. ist nämlich der Ansicht, dass jener Kanal, obwohl er bei der Operation nicht gesehen wurde, doch schon bestanden hat, wahrscheinlich aber durch Bildung einer deciduaartigen Wucherung obliterirt gewesen sei.

Interessant ist die Frage, warum es in diesen Fällen von Hornschwangerschaft am normalen Ende der Gravidität trotz ausgesprochener Wehen nicht zur Geburt kam und der Fötus mehr oder minder lange im Uterus retinirt wurde. W. sucht die Ursache in der Differenz der Wandstärke der oberen und unteren Partien des schwangeren Hornes. Im vorliegenden Fall betrug die Wandstärke im oberen Theil 4 mm, im unteren 1,8 cm, so dass sich der Gedanke aufdrängt, es seien die Kontraktionen der muskelschwachen, oberen Partien nicht im Stande gewesen, die dicken muskelstarken Wände des unteren Abschnittes (resp. des Verbindungsstumpfes) zum Verstreichen zu bringen und einen für den Austritt der Frucht genügend weiten Kanal herzustellen.

Was das Schicksal der retinirten Frucht betrifft, so kann dieselbe entweder verschrumpfen und nachträglich sich innig mit der Uteruswand verbinden, oder sie verjaucht, ein Ereignis, welches selbst noch nach jahrelanger Retention, anscheinend ohne äußeren Anlass eintreten kann. Dass hierduch des Leben der Mutter gefährdet ist, ist selbstverständlich, aber auch die bloße Retention der Frucht ist für jene nicht gleichgültig. Fast in allen Fällen verloren die Mütter den Appetit, magerten ab, fühlten sich krank.

W. hält desswegen die operative Entfernung des Fötus und des schwangeren Hornes alsbald nach gestellter Diagnose der intra-uterinen Fruchtretention für indicirt, um so mehr, als nach den bisherigen, allerdings noch nicht zahlreichen Erfahrungen die Prognose der Operation eine recht günstige ist. Für letztere empfiehlt er die intraperitoneale Methode, die extraperitoneale nur dann, wenn bereits Fäulniserscheinungen im Ei vorhanden sind. **Graefe** (Halle a/S.).

### 13) **Angus Macdonald** (Edinburg). Bericht über einen Fall von Schwangerschaft im linken Horn eines Uterus bicornis durch Hysterektomie geheilt; mit Bemerkungen über das Wesen und die geeignetste Behandlung des sog. »Missed labour«.

(Edinb. med. journ. 1885. April.)

Eine 23jährige Frau, die vor 3 Jahren (März 1882) einmal geboren hat, stellt sich im Januar 1885 mit einer »Unterleibsgeschwulst« zur Behandlung. Im Februar 1883 hat sie das einzige Mal, nach der Geburt, wieder menstruirt; Juni 1883 Leben gefühlt; Januar 1884 nach 3tägigen Wehen blutiger, z. Th. klumpiger Ab-

gang. Seit März 1884 dann wieder regelmäßig menstruirt, im April, Mai, Juni vorübergehend, viel gelber, übelriechender Ausfluss zwischen den Regeln.

Den unteren linken Theil des Unterleibes nimmt ein ovaler, solider und beweglicher Tumor ein; derselbe ist 7 Zoll breit und ragt 8 Zoll über die Symphyse. Cervix normal, fest, geht in den Tumor über; Os ext. geschlossen; Sonde geht $2^1/_2$ Zoll nach auf- und rückwärts. Diagnose: rasch wachsendes Fibroid der vorderen Uteruswand.

Operation am 26. Januar 1885. Keine Adhäsionen, linkes Ovarium hoch oben am Tumor; rechtes mit Tube unten im Becken, wird zurückgelassen. Cervix bildet guten Stiel; letzterer in einer Klammer im unteren Wundwinkel fixirt. Fieber in den ersten 5 Tagen, dann glatte Heilung. Am 2. März lässt sich eine Sonde in den sehr hochstehenden Cervix $2^1/_4$ Zoll weit nach rechts hin einschieben.

In dem etwas konisch, mit der Spitze nach links oben geformten »Tumor« fand sich eine reife Frucht (2680 g und 19 Zoll) in macerirtem Zustande. Der Sack ($6^1/_2$ Zoll hoch, $7^1/_2$ breit) bestand aus Uterusgewebe mit Peritoneum bedeckt; Wandung nimmt nach der oberen Peripherie des Sackes zu beträchtlich an Dicke ab; links setzen sich Tube, Lig. rotund. und ovarii am Tumor an; rechts keine Spur davon. In der Nähe der Abtragungsstelle, in dem nachträglich aus dem Stiel oberhalb des Schnürdrahtes excidirten Stück, schien sich ein querer, einige Millimeter weiter Gang verfolgen zu lassen, der nach rechts hinüberleitete. Eihäute kaum an einzelnen Stellen noch nachzuweisen, Placenta papierdünn, Nabelstrang.

Keine Stelle, wo etwa Ruptur zu fürchten gewesen wäre. Keine Spur von putridem Geruch.

Eine Verbindung des Sackes mit dem Cervix, wie sie vielleicht aus dem oben erwähnten üblen Ausfluss geschlossen werden könnte und woran der kleine quere Gang denken ließ, konnte bei dem Fehlen jeder eigentlichen Fäulnis doch nur in sehr unvollständiger, unterbrochener Weise angenommen werden.

Die uterine Natur des Sackes steht außer Zweifel, wogegen die Asymmetrie, das Fehlen der rechtsseitigen Anhänge und die nach oben abnehmende Wandungsdicke die Annahme, es sei der ganze Uteruskörper, ausschlossen. Die normale Länge der Tube und die Reichlichkeit der Muskulatur sprach gegen interstitielle Schwangerschaft. Erst bei Durchsicht der Litteratur, beim Lesen des Litzmann'schen Falles (Archiv für Gynäkologie Bd. XVII, p. 281) wurde sich Verf. über seinen Fall klar, als Schwangerschaft im linken Horn eines Uterus bicornis unicollis, wie sich später auch durch die Sondirung des rechten Hornes als richtig erwies. Noch 3 ähnliche Fälle von Turner (1866, Pat. starb 6 Monate nach dem Tode des Fötus an Phthise), Salin (Centralbl. 1881 No. 9) und Sänger (Ort der Veröffentlichung konnte Verf. nicht eruiren) werden beigezogen.

Was das Wesen des sog. »Missed labour« anbetrifft, wird zunächst eine Ansicht (Müller, Nancy, Thèse de Paris 1878), dass es sich stets um Extra-uterin-Schwangerschaften handle, die in irgend einem Theil des Genitaltractus durchulcerirten, mit guten Gründen abgethan. Verf. ist der Ansicht, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle um Schwangerschaft in dem einen Horn eines Uterus bicornis handelt. Genügt die Entwicklung der Muskulatur desselben, so entwickelt sich, wie z. B. im vorliegenden Falle, die Frucht zur Reife; wenn nicht, platzt der Sack. Die Ansicht des Verf. wird zudem durch das häufigere Vorkommen dieser Erscheinungen bei Thieren, die normalerweise einen Uterus bicornis haben, als Kuh, Schaf und Ziege, gestützt. Ist dann die Kommunikation des betr. Hornes mit dem gemeinsamen Cervix zu eng und einer Dilatation nicht fähig, so erlahmt die den Fruchtsack umschließende Muskulatur nach vergeblicher Anstrengung.

Eine solche Erlahmung ist um so erklärlicher bei der, den Verhältnissen am Uterus in toto ganz entgegengesetzten Anordnung der Muskulatur, d. h. der nach oben zu abnehmenden Dicke, wie sie vom Verf. und Litzmann beschrieben ist.

Nachdem Verf. dann die im Allgemeinen, wie im vorliegenden Falle vorhandenen Schwierigkeiten der Diagnose besprochen, geht er zur Therapie über und ist hierin der Ansicht, dass nicht nur für die Fälle von Missed labour im

Uterus bicornis, sondern für alle Fälle bei Missed labour überhaupt die Laparotomie gerechtfertigt und angezeigt ist. Ist im Laufe der Zeit der Sack schon geschrumpft, kann er uneröffnet entfernt werden, bei frischeren Fällen nach der Müller'schen Modifikation. Angesichts des meist traurigen Ausganges beim Zuwarten, könne für ihn aber die Berechtigung der Operation bestehen. Das Eingeschlossensein der Placenta in den Sack vermindere die Schwierigkeiten.

Verf. hat in vorliegender Arbeit eine Ansicht über Missed labour des Weiteren ausgeführt und begründet, wovon sich Andeutungen bereits in mehreren Lehrbüchern finden. **Zeiss** (Erfurt).

### 14) **Angus Macdonald** (Edinburg). Fall von Porro-Müller'scher Operation bei Geburtshindernis, gesetzt durch ein großes, mit der hinteren Beckenwand verwachsenes Dermoid.

(Edinb. med. journ. 1885. August.)

Eine 27jährige Frau (früher an Blutungen gelitten und 2mal abortirt) steht am Ende der Schwangerschaft. Nach 16stündigen fruchtlosen Wehen findet Verf. das Kind in Kopflage an der Vorderseite eines bis zum Nabel reichenden Tumors liegen, der nach unten zu das Becken bis auf eine kaum 2 Finger breite Passage ausfüllt. Cervix vorn hoch oben zu erreichen, dilatirt; Kopf oben zu fühlen.

Operation; Drahtschlinge; Nadeln, Jodoformsalicylwatte. Tod am anderen Morgen, Shock. Kind lebt. Tumor bildet ein großes Dermoid, die Hauptcyste nach hinten gelegen.

Besondere Schwierigkeiten setzte die Abtragung des rechten Ovarium, welches tief unten an dem anfänglich für ein Fibrom gehaltenen Tumor adhärent schien; es war dies freilich eben nur der plattgedrückte, gesunde Rest des Ovariums, dessen Haupttheil zum Dermoid entartet war. Auch die Umlegung der Klammer, resp. Schlinge um den wegen der Verwachsungen nur mit Schwierigkeit zu bildenden Stiel nahm viel Zeit in Anspruch.

Verf. glaubt, er würde in Zukunft einen solchen Fall lieber nach Sänger operiren, oder vielleicht wenigstens den Stiel übernähen und versenken. Dies ist der vierte in Schottland nach P.-M.'scher Methode operirte Fall; alle Mütter gingen zu Grunde. **Zeiss** (Erfurt).

### 15) **Morisani** (Neapel). Urinfisteln.

(Annali di ostetricia etc. 1885. September—Oktober.)

An 50 Frauen (davon 4 mit 2 Fistelöffnungen) wurden 111 operative Eingriffe vorgenommen; 41 Frauen wurden vollständig geheilt; bei 7 war der Erfolg ein unvollständiger, theils weil sich dieselben weiteren operativen Eingriffen nicht unterziehen wollten, theils weil sie bei Schluss der Klinik die Anstalt verlassen mussten. Es starben 2 Frauen.

Angefrischt wurde gewöhnlich nach Sims, zuweilen nach Simon. In der Regel wurden Silbernähte angewendet, zuweilen auch Seide und Katgut. Die zwei Todesfälle ereigneten sich in Folge von Wunddiphtheritis und Sepsis.

**Liebman** (Triest).

### 16) **James Taudy Bolger** (Blaina). Ein Fall von Extra-uterin-Schwangerschaft, mit Bersten des Sackes.

(Dublin journ. of med. science 1886. Januar.)

26 Jahre; 1 Kind; letzte Regel vor 5 Wochen. 8 Uhr Morgens erster Schmerz, collapsähnlicher Zustand; Tod 12 Uhr Nachts; 5wöchentliches Ovum; Sack in rechter Tube. **Zeiss** (Erfurt).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 22.** **Sonnabend, den 29. Mai.** **1886.**



## I. Berichtigung.

In einer Abhandlung über die forensische Bedeutung des Hämatoms des Sternocleidomastoideus am neugeborenen Kinde in dieser Zeitschrift vom 27. Februar 1886 citirt Herr Prof. Küstner meine in meinem Handbuche der gerichtlichen Medicin 8. Aufl. p. 764 gebrauchten Worte: »Uns sind unverdächtige Fälle nicht vorgekommen, wo nur die Bemühungen, die Geburt zu befördern, derartige Blutaustretungen hervorgebracht hätten«, und fährt dann fort: In diesem Urtheile, nach welchem in jedem Hämatom des Sternocleidomastoideus die Fährte zur Auffindung eines schweren Verbrechens gesehen wird, kulminirt der Argwohn deutscher Geburtshelfer und Gerichtsärzte.

Gegen das Citiren von aus einem Gutachten herausgenommenen Worten muss ich um so mehr protestiren, als es sich in dem angezogenen Falle gar nicht, wenigstens nicht allein um ein Hämatom des Kopfnickers handelt. Einige Zeilen vorher steht nämlich: »Die quer über die vordere Fläche des Halses verlaufende Infiltration des Bindegewebes mit geronnenem Blute bei dem Kinde A. lässt sich durch solche Versuche der Selbsthilfe nicht erklären« und nach dem von Herrn Prof. Küstner citirten Satze fahre ich fort: »Hierzu

kommt nun noch, dass durch die Bemühungen, die doch zweifellos vorhandene Strangulationsmarke am Halse der Kinder (es waren erdrosselte Zwillinge) in keiner Weise erklärt wird.«

Über das Hämatom des Kopfnickers habe ich mich p. 1011 8. Aufl. meines Handbuches folgendermaßen geäußert:

»In einigen Fällen fanden wir ein Extravasat auf und in den Kopfnickern, welches ebenfalls der Selbsthilfe zugeschrieben werden musste. Dohrn beobachtete dergleichen sogar in zwei Fällen, wo auch diese ausgeschlossen war, und er schrieb sie lediglich dem Gebärakte zu, so dass diese Befunde als solche nicht als die Mutter belastende gedeutet werden können«.

Ob in diesen Worten der Argwohn kulminirt, der auf die Fährte zur Auffindung eines schweren Verbrechens leitet, muss ich anheimgeben.

Liman.

---

# II. Über das Hämatom des Sternocleidomastoideus beim Neugeborenen.

Von

Dr. med. **A. Rennecke** (Wismar).

Der Artikel des Herrn O. Küstner in No. 9 dieses Blattes veranlasst mich, meine Ansicht über die Entstehung der fraglichen Verletzung hier zur Prüfung vorzutragen, da ich nach meinem unten mitgetheilten zweiten mir vorgekommenen Falle von der Richtigkeit meiner Ansicht glaube überzeugt sein zu können.

Die veröffentlichten Leichenexperimente des Herrn Küstner sind zwar interessant, doch glaube ich, dass man sich auf einfachere Weise davon überzeugen kann, ob sich ein Muskel bei einer gewissen Körperhaltung verlängern muss oder nicht. Ich halte auch die bei Drehung des Gesichtes nach der fraglichen Seite gefundene Verlängerung nicht für so excessiv, dass damit etwas erklärt werden könnte. Der Sternocleidomastoideus ist schon dadurch, dass er von Anfang bis zu Ende Muskelfleisch ohne lange Sehne ist, befähigt, sich größere Exkursionen in Betreff seiner Längendifferenzen zu erlauben, als andere Muskeln mit kurzem Bauch und langer Sehne. Es scheint mir aber sehr fraglich, ob der Sternocleidomastoideus, oder überhaupt ein Muskel von normaler Länge und normaler Beschaffenheit seiner Gewebselemente, reißen kann oder eventuell bei irgend einer Hantirung reißen muss, wenn nicht vorher schwere Verletzungen des Knochen- oder Bandapparates gesetzt sind, vorausgesetzt, dass nicht der Zug an dem Bauche des Muskels selbst einsetzt, sondern von seinen physiologischen Ansatzpunkten aus wirkt. Der einzig mögliche Modus des Zustandekommens einer solchen Verletzung dürfte die Zerreißung durch aktive Muskelthätigkeit sein, welche hier selbstverständlich nicht in Frage kommen kann. Ich habe schon vor über 10 Jahren, als mir zum ersten Male ein solches Hämatom nach Extraktion bei Beckenendlage begegnete, mir ein anderes Gewissenspflaster konstruirt. Es erschien mir der Grund unerfindlich, dass der eingerissene Muskel nun gleich so kurz war, dass nicht nur der Kopf nach der kranken Seite gehalten werden musste — das konnte ja unbewusste Thätigkeit der anderen Muskeln sein, um den verletzten Muskel vor Zerrungen zu schützen — sondern dass auch der eingerissene Muskel selbst der gewaltsamen Geraderichtung des Kopfes sich energisch widersetzte; was er doch that. Es handelte sich im betreffenden Falle um ein mäßig plattes Becken und wenig Fruchtwasser. Ich erlaubte mir nun folgende

Schlüsse, von deren Richtigkeit ich mich durch meinen zweiten, unten mitzutheilenden Fall glaube überzeugt zu haben, und bitte ich um gelegentliche Prüfung.

Ich sagte mir, dass, wenn nur meine Ungeschicklichkeit Schuld gewesen sein sollte, solche Verletzungen ungleich häufiger vorkommen müssten. Ich kam dann auf Grund der vorher erörterten Erwägungen zu der Ansicht, dass schon intrauterin von dem Kinde eine Verkürzung des nun beschädigten Muskels acquirirt sein müsse, und dass das folgendermaßen zu Stande gekommen sei. Das Kind wird längere Zeit wegen Raumbeschränkung dieselbe Haltung im Uterus angenommen haben, und zwar schon die richtige Schiefhalsstellung mit Neigung der nach hinten liegenden Gesichtshälfte auf die nach hinten liegende Brusthälfte. Eine solche Haltung durch Raumbeschränkung wird bei Beckenendlagen leicht möglich sein, besonders wenn nur wenig Fruchtwasser vorhanden ist, und zugleich ein plattes Becken, welches den Eintritt des unteren Eipols ins kleine Becken verhindert, wie das in meinen beiden Fällen der Fall war. Bei dem dann bestehenden Missverhältnis zwischen Längsachse der Frucht und Längsachse des Fruchthalters, wird dann naturgemäß der Kopf nach hinten (mütterlich) und auf die nach hinten liegende Brusthälfte der Frucht gedrückt. Verharrte das Kind nun lange Zeit ohne Positionswechsel in dieser perversen Haltung, so wäre es ganz natürlich, wenn es sich schon vor der Geburt durch Verkürzung des hinteren Sternocleidomastoideus einen regelrechten Schiefhals zuzöge. Es war daher auch immer — nicht nur in meinen Fällen — der nach hinten liegende Sternocleidomastoideus, der einriss, weil er schon vorher abnorm verkürzt war. Dazu kommt dann noch, dass bei den zur Entwicklung nöthigen Drehungen des Kopfes, bei der Extraktion, wegen des größeren Kreisbogens, den die hintere Beckenwand bildet, ein größerer Anspruch an die Dehnbarkeit des hinteren Sternocleidomastoideus gemacht werden muss.

Nun zu meinem zweiten Falle: Frau D., IIpara, hat vor ihrer ersten Gravidität ca. 2 Jahre lang wegen Vaginismus in steriler Ehe gelebt. Als dann ihr Mann mich konsultirte, fand ich eine sehr nervöse Blondine, bei der schon der Gedanke berührt zu werden, die verschiedenartigsten klonischen Krämpfe hervorrief. Ein Einführen des Rinnenspeculums war ohne Chloroform nicht möglich. Das Becken war sehr geneigt, mäßig platt. Die Vulva fast infantil zu nennen und sehr weit nach vorn oben gelegen. Ich verordnete längeres Aussetzen der Conamina coëundi, eine Salbe mit Jodoform Bismuth und Morphium und daneben Bromkali. Später sollte der Mann dann unvorbereitet die Frau mit dem Coitus überraschen und das Glied beim Einführen nach hinten unten dirigiren, damit er erst einmal sicher hineinkäme. Ob die Salbe ihre Wirkung that oder die Ruhe? Nach ca. $^1/_2$ Jahr war die Frau schwanger. Der Vaginismus nahm aber bald wieder enorm zu. Bei der Entbindung von Anfang heftige Krampfwehen. Der vorliegende Kopf kommt nach endlicher völliger Eröffnung nicht herunter. Chloroform, Opium mit Ipecac. wenig Nutzen. Jede Berührung allgemeine Krämpfe. Erschöpfung. Zange am hochstehenden Kopf in tiefer Narkose. Lebendes Kind, was noch heute lebt und gut entwickelt ist. Dammriss blieb natürlich nicht aus, wurde aber wegen des Vaginismus nicht genäht. Fieberfreies Wochenbett. Der Vaginismus verschlimmerte sich bald wieder. Die Frau wurde dann von einem süddeutschen Specialisten in ihrer Heimat längere Zeit behandelt ohne allen Erfolg. Ich machte den Vorschlag, alle Hymenalreste zu excidiren, was jedoch verweigert wurde. Endlich haben die Leute wieder Salbe gebraucht und es trat Schwangerschaft ein. Entbindung am regelrechten Ende im Herbst 1885. Untersuchung nicht möglich ohne Narkose. Krampfwehen. Ich versuchte Cocain. Die Hebamme musste mit einem großen Halspinsel eine 10%ige Lösung in die Vulva und den Introitus bringen. Alsbald ließen die Erscheinungen des Vaginismus völlig nach. Die Hebamme konnte in Ruhe untersuchen, aber die heftigen bis dahin alle 1—2 Minuten erfolgenden Wehen cessirten vollkommen für $^3/_4$ Stunden. Ich wagte aus Furcht vor atonischer Blutung post partum nicht das Cocain weiter zu benutzen und legte an den vorliegenden Steiß in tiefer Narkose die Zange an, welche, über beide Hüften gelegt, gut fasste und leicht ein lebendes

Kind entwickelte. Ich brauchte nur den vorderen Arm herunterzuholen. Die Entwicklung des Kopfes machte keine Schwierigkeit. Lebendes Kind, welches sich gut entwickelt. Man bemerkte sofort an dem Kinde einen bedeutenden Schiefhals. Der nach hinten gelegene Unterkiefer hatte einen noch Tage lang demonstrirbaren Eindruck auf die nach hinten liegende Brusthälfte gemacht. Das Hämatom entwickelte sich unter meinen Augen. Durch sehr sorgfältige Massage ist der Schiefhals völlig beseitigt. Der Vater selbst, ein Lehrer der Naturwissenschaften, hat die Massage ausgeübt. Man könnte also das Einreißen des Muskels gleichsam als einen Ersatz der Myotomie und als nützlichen Vorakt zur rationellen Behandlung des intra-uterin erworbenen Schiefhalses ansprechen.

Was nun das Vorkommen der fraglichen Hämatome nach Kopflagen betrifft, erscheint es mir wohl denkbar, dass, bei bestehendem Missverhältnisse zwischen den Längsachsen der Frucht und des Fruchthalters, bei gleichzeitig mangelhafter Menge des Fruchtwassers, wodurch der öftere Positionswechsel gehindert wird, sich durch Umlegen des Kopfes eine Schiefhalsstellung ausbildet, zumal wenn ein plattes Becken den Eintritt des unteren Fruchtabschnittes in das Becken verhindert. Die Haltung des Kopfes müsste dann längere Zeit so gewesen sein, dass das vordere Scheitelbein auf dem Beckeneingang und die Pfeilnaht am Promontorium lag. Dass solche Lagen unter den besprochenen Verhältnissen, besonders vor Eintritt der Wehen und bei Lage des Hinterhauptes hinten rechts, öfter vorkommen, ist sicher. Es wird dann auch wieder der hintere Sternocleidomastoideus der verkürzte, im Wachsthum zurückgebliebene sein, wie das gewöhnlich der Fall gewesen.

Zum Schluss möchte ich noch zu bedenken geben, dass es durchaus nicht erwiesen ist, dass ein Muskel, der durch Einriss ein Hämatom in seiner Scheide acquirirt hatte, sich verkürzen und in der Längenentwicklung zurückbleiben muss. Sollte das der Fall sein, so wäre es wirklich Schade, dass man nicht schon längst künstliche Hämatome zu orthopädischen Zwecken angelegt.

---

## III. Vorfall einer pulsirenden Nabelschnurschlinge durch den Mastdarm.

Von

Dr. v. **Stroynowski** (Lemberg).

Am 28. Januar l. J. besuchte ich 4½ Stunden nach erfolgter Erstlingsgeburt die Wöchnerin K. P. Die anwesende Hebamme referirte Folgendes: Um 8 Uhr früh desselben Tages traf sie die Kreißende am Schlusse der 1. Geburtsperiode, Schädel in der Beckenhöhle, intakte Blase; sie sprengte sofort die Blase, es stellten sich bald heftige Presswehen ein. Nach Verlauf einer Stunde erblickte die Hebamme, dass eine etwa 24 cm lange, pulsirende Nabelschnurschlinge durch den Mastdarm herausgefallen war; ärztliche Hilfe konnte im Augenblicke nicht aufgetrieben werden und in etwa 35—40 Minuten erfolgte die Geburt einer vollkommen entwickelten, asphyktischen Frucht weiblichen Geschlechts durch die Schamspalte. Während die Frucht durch die Schamspalte durchschlüpfte zog dieselbe die vorgefallene Nabelschnur nach. Nach ¼ Stunde Abgang des Mutterkuchens, Blutung gering. Die asphyktische Frucht wurde rasch belebt.

Die Untersuchung der Wöchnerin nach 4½ Stunden ergiebt: Normale Gesichtsfarbe, ruhiger Athem, Puls 72; Uterus in der Mittellinie gut kontrahirt etwa 2 Querfinger unter dem Nabel. Bei Be-

sichtigung der äußeren Geschlechtstheile sieht man beide Schamlippen ödematös geschwollen, das Frenulum eingerissen, der Damm sonst vollständig erhalten, aus der Scheide hängt ein Stückchen livid verfärbten Gewebsfetzen. Vom Anus gegen den Damm zu ein etwa centimeterlanger Hauteinriss. Der in die Scheide eingeführte Finger dringt knapp oberhalb des Dammes in eine klaffende Rissstelle, die bis zum Mastdarme führt und oberhalb des Sphincters daselbst endigt. Die Fingerspitze ist bei der Untersuchung vom Anus aus zu erblicken. Die Scheide ist namentlich oberhalb der Rissstelle bläulich verfärbt und stark lacerirt. Um sich diese gewiss seltene Geburtskomplikation zu erklären, musste man entweder annehmen, dass die Mastdarmscheidenwand bei dieser Frau abnorm schwach entwickelt war und dem starken Drucke der Presswehen nachgeben musste, oder dass die Hebamme, um die Geburt zu beschleunigen, den Finger in den Mastdarm führte und auf diese Weise den Versuch machte, den Kopf herabzudrängen und die Mastdarmwand durchstieß, was man auch daraus schließen könnte, dass der Damm vom Mastdarme aus einen Hauteinriss zeigte. Endlich konnten sehr starke Presswehen den Kindeskopf gegen die hintere Scheidenwand drücken; in diesem Falle drohte eine Centralruptur und nur der energisch ausgeübte Dammschutz vereitelte dieselbe. Die starke livide Verfärbung der Ränder und der Umgebung der Rissstelle von der Scheide aus deutet hierauf.

Um die so entstandene Läsion möglichst zur Heilung zu bringen, standen mir zwei Wege zur Verfügung. Entweder den ganzen Damm zu spalten und hierauf durch entsprechende Nähte die ganze Wunde zu schließen — ein ohne Zweifel sicherer Weg — von dem mich jedoch die Erwägung abhielt, dass ich durch die Spaltung des Dammes eine noch viel größere Wundfläche schaffe und bei vollständiger Heilung eine große Narbe zurückbleibt, oder die Rissstelle von allen nekrotischen Gewebsfetzen zu reinigen und die Heilung durch reichliche Irrigation desinficirender Flüssigkeiten zu unterstützen. Täglich 3 Mal wurden mehrere Liter $2^1/_2$%ige Karbolsäurelösung mittels entsprechender Glaskanüle durch die Wunde durchgespült und in 10%iges Jodoformglycerin getauchte Jodoformgaze in die Wunde eingeführt. Am 12. Februar war die Wunde vollständig geheilt; Mastdarm und Sphincter funktioniren vollständig.

---

## 1) **E. Küster.** Über Harnblasengeschwülste und deren Behandlung.

(Sammlung klin. Vorträge No. 267—268.)

Verf. kommt in dieser höchst interessanten Abhandlung nach einer kurzen geschichtlichen Einleitung zur pathologischen Anatomie der einzelnen primär entstehenden Geschwulstarten der Blase und der Prostata. In letzterer kommt vor das Fibroadenom, dessen Größe die eines Taubeneies erreichen kann, dessen Bestandtheile Bindegewebe, wenig Muskelfasern, Drüsenschläuche mit Epithel aus-

gekleidet, ausmachen; ferner das Myom, bestehend aus glatten Muskelfasern, die besonders am hinteren oder oberen Umfange des Organs wachsen, sich dort stielen und oft wie Klappenventile die Entleerung des Urins stark beeinträchtigen oder ganz hintanhalten können; endlich Carcinome.

Ein weiterer Entstehungsort für Tumoren ist die Blasenwand mit ihrem mucösen oder submucösen Bindegewebe. Dort findet man den so häufigen Zottenpolypen — eine neue sehr zutreffende Nomenklatur des Verf.s im Gegensatz zu Papillom — einzeln oder zu mehreren und zwar an einer der Prädilektionsstellen, am Fundus, am Trigonum oder an der Seitenwand; sie können sich auch stielen, sind dann zart, leicht abzureißen, oft schon durch den Strom beim Entleeren des Urins, oder aber ihre Basis bleibt breit, dann ist die Oberfläche zerklüftet, sie selbst sind kurz und massig. Der Hauptbestandtheil ist Bindegewebe, das sich nach Art eines Baumes verästelt, in dessen Hohlräumen Spindelzellen mit einem rundlichen Kern liegen; der ganze Polyp ist mit mehrschichtigem polymorphem Epithel umgeben. Diese Polypen können Anlass zu Inkrustationen mit Phosphaten geben; sie können faustgroß werden. Eine zweite Art von Polypen sind die fibrösen, die sich durch Derbheit und eine bedeutende Neigung zu Blutungen auszeichnen, besonders Kinder befallen; ein Theil kann schleimig entarten und dann als Gattung der Myxome durch ihr schnelles Wachsthum auffallen. Außerdem kommen Sarkome vor, fast ausschließlich im Fundus vesicae, Rundzellen- und Spindelzellensarkome, bis jetzt wenig scharf beobachtet.

Als Neubildungen der Muskelschicht der Blase sind zu bemerken die derben, unregelmäßig wachsenden häufiger bei Männern vorkommenden Myome, die aus glatten Muskelfasern, Bindegewebe und Gefäßen bestehen.

Endlich sind die Drüsengebilde der Blase und deren Epithel häufig die Geburtsstätte von Tumoren und zwar von Adenomen, Dermoiden und den weitaus am wichtigsten Carcinomen. K. glaubt fest, dass es auch primäre Blasencarcinome giebt, und nicht bloß von der Prostata übergreifende, die dann ihren Anfang in den tieferen Schichten des Epithels nehmen. Dieses Carcinom kann nach Abstoßung der Oberfläche, nachdem auf irgend eine Weise z. B. durch eingeführte Instrumente Fäulniserreger in die Blase gekommen sind, durch die Berührung des sich zersetzenden Urins verjauchen, was sich äußerlich kund giebt durch einen ungemein übelriechenden, Gewebsfetzen enthaltenden Urin. Die Schleimhaut der Blase ist katarrhalisch entzündet, die Muskulatur hypertrophisch, vielleicht besteht gar eine Pyelitis und eitrige interstitielle Nephritis. Die Arten der Carcinome sind von den in anderen Organen vorkommenden nicht verschieden, also Zottenkrebse, Scirrhus als häufigster, Carcinoma medullare, Gallertkrebs.

Bei der Ätiologie gedenkt Verf. zweier Gesichtspunkte, ein-

mal der Cohnheim'schen Hypothese und dann der älteren Ansicht über die Entstehung von Tumoren durch fortgesetzte Reize (Traumen, Katarrhe), vereint mit einer gewissen Prädisposition.

Hierauf kommt K. zur Symptomatologie und zwar nennt er zuerst die Blutung; sie tritt plötzlich ein, in der Nacht oder bei völliger Ruhe des Körpers, aber auch beim Uriniren so, dass mit fortschreitender Entleerung der Strahl immer mehr blutig gefärbt erscheint; ihre Wiederkehr ist periodisch, die Quantität hängt ab von der Beschaffenheit der Geschwulst; bei einer weichen, leicht zerreißbaren ist die Blutung reichlicher. Ein weiteres Symptom ist die Entleerung von Tumorfetzen, die oft massenhaft sein kann; aus ihnen kann man sogar die Art des Tumors diagnosticiren. Fast immer besteht auch eine Störung bei der Urinentleerung wegen der Einengung des Blasenraumes; zuerst tritt häufiger Harndrang ein, die Entleerung geht nur bei gewissen Stellungen, oder sie ist vollkommen verhindert. Schmerzen können oft fehlen; in anderen Fällen sind sie ungemein heftig, krampfhaft; außerdem sind die Pat. permanent gequält durch einen dumpfen Schmerz in der Gegend des Dammes. Ein fast steter Begleiter des Tumors ist der Blasenkatarrh.

Die Prognose des Leidens stellt K. für gutartige Tumoren als eine günstige, für maligne als eine pessima hin.

Was nun die Diagnose anbetrifft, so kommen mehrere wichtige Momente in Betracht; also zuerst das Vorhandensein eines Tumors, dann aber die Art, der Sitz, die Größe und Anheftung. Alle diese Momente bei der Diagnose zu berücksichtigen ist schwer, doch glaubt R., dass durch eine richtige Kombination mehrerer Untersuchungsmethoden in allen Fällen eine ziemlich genaue Aufklärung geschaffen werden kann. Solche Untersuchungsmethoden sind: Anamnese, Untersuchung des Urins, der Geschwulstfetzen, Palpation per rectum, per vaginam, bimanuell, wobei, wenn nöthig, die Narkose einzuleiten ist. Dann beleuchtet Verf. etwas näher folgende Methoden: die Einführung von Instrumenten, natürlich unter strengster Antisepsis; K. selbst hat einen Löffelkatheter, wie er es nennt, erfunden, der an der konvexen Fläche ein größeres Auge hat; beim Herausziehen des Instrumentes drückt er das Auge gegen den Tumor und bringt so regelmäßig ohne Nachtheil für den Pat. kleine Tumorfetzen mit heraus. Ja er will sogar damit einen kleinen Zottenpolypen herausgerissen und so definitive Heilung erzielt haben. Auf die Endoskopie, Cystoskopie, wobei die Lichtquelle in Form eines durch elektrischen Strom glühend gemachten Platindrahtes direkt in die Blase geführt wird, baut Verf. für die Zukunft Erfolge in der Diagnostik. Das beste und wichtigste diagnostische Mittel bleibt die Digitalexploration der Blase, nach vorheriger Erweiterung der Harnröhre nach Simon. Auch für Männer wendet K. jetzt diese Methode an mit etwas längeren Speculis und zieht es der blutigen Eröffnung der Pars membranacea und die nachfolgende Er-

öffnung der Pars prostatica nach v. Volkmann durch eine Art Handschuhfingerdehner vor.

Die Therapie würde bei malignen Tumoren z. B. bei Carcinomen nur dann definitive Heilung zur Folge haben können, wenn der Tumor frühzeitig diagnosticirt und vollständig exstirpirt werden würde; sonst beschränkt sich dieselbe auf Ausschabung des Geschwürs und Kauterisation. Für benigne Tumoren sind mehrere Operationsmethoden angegeben; so drehte v. Volkmann einmal einen Polypen mit dem Finger ab; Andere bedienen sich dazu einer Zange. Nach K. ist die reellste Methode die Epicystotomie (hoher Steinschnitt oder Medianschnitt, je nach Art des Falles) mit nachfolgender Exstirpation des Tumors und Schließen der Wundränder mit Katgut. In den ersten Tagen der Nachbehandlung muss man danach streben, den Urin permanent abzuführen, ohne dass er die Wundfläche berührt, vielleicht durch Harnleiterkatheter.

Den Schluss dieser werthvollen Abhandlung bilden eine Reihe interessanter Fälle.

**v. Lukowich** (Breslau).

---

## 2) **H. Keller** (Bern). Die fortlaufende Katgutnaht bei Scheidendammrissen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 2.)

K. hat, durch die von Bröse (cf. d. Blatt 1883 No. 49) erzielten guten Resultate veranlasst, 42 inkomplete Scheidendammrisse durch fortlaufende Katgutnaht vereinigt. Verwandt wurde zuerst Lister-scher, später nach Kümell'scher Methode präparirter Katgut. Vagina und Wunde wurden vor und während des Nähens mit $^1/_2{}^0/_{00}$iger Sublimatlösung desinficirt. K. begann die Vereinigung der Risse von der Scheide aus, indem er hier zuerst eine gewöhnliche Knopfnaht legte, dann mit dem langen Ende des Fadens Spiraltouren fortlaufend bis zum Dammende des Risses führte. Hier wurde entweder eine neue Knopfnaht angelegt und das Ende des fortlaufenden Nahtfadens mit hineingeknotet, oder das Ende desselben an die letzte Spiraltour angeschlungen. Von jeder Behandlung der vereinigten Wunde durch Bepudern mit Jodoform oder dergleichen wurde Abstand genommen. In einigen Fällen, in welchen die Wundränder nicht genau adaptirt waren, erzielte K. dies durch einige Katgutknopfnähte.

Das Resultat war ein sehr gutes. Von 42 Dammrissen heilten 41 sehr schön per primam intentionem. Das Katgut war nach 7 Tagen stets resorbirt.

**Graefe** (Halle a/S.).

---

## 3) **Schwarz.** Sekundärnaht bei der Perineorraphie.

(Revue de chirurgie Bd. V. No. 12.)

S. glaubt auf Grund zweier günstig verlaufener Fälle bei der Wahl des Zeitpunktes für die Naht besonders totaler Dammrisse die von ihm sog. »mittelbare« Naht, d. h. die der granulirenden Wund-

flächen am 6. bis 7. Tage post partum der unmittelbar nach der Geburt vorziehen zu sollen, weil sich die Gewebe in dieser Zeit unter dem Einflusse der oft intensiven Quetschung befinden und der für die Heilung per primam bedeutsame aseptische Wochenbettsverlauf noch nicht festzustellen ist, andererseits ihr auch gegenüber der späteren plastischen Vereinigung nach Ablauf des Status puerperalis den Vorzug geben zu sollen, weil durch die Sekundärnaht den Frauen das doppelte Krankenlager erspart wird und außerdem die Wundflächen zu dieser Zeit noch groß, massig, nicht geschrumpft, narbig atrophisch sind und somit für einen operativen Eingriff große Erleichterung gewähren.

In den von ihm beobachteten Fällen handelte es sich beide Mal um Zangengeburten, er sah die Frauen erst 3 Tage post partum. In dem einen Fall ging der Riss 6 cm, in anderen 4 cm in das Sept. rectovaginale hinauf. Nach üblicher Vorbereitung wurden in Narkose die Granulationen abgekratzt, die Wundränder mit der Cooperschen Schere angefrischt, 6 Silbernähte für das Septum von der Vagina aus angelegt, ohne die Rectalschleimhaut mitzufassen, mehrere tiefe Dammnähte, Opiumtherapie während der ersten Tage, mehrmals täglich antiseptische Vaginalausspülung. Jodoform. Entfernung der Nähte vom 6.—11. Tage. Vollständige Heilung.

Anhangsweise führt er einen Fall von dicht hinter dem Sphincter ani sitzender, nach Periproktitis entstandener Rectovaginalfistel mit Inkontinenz für Flatus an, die er nach Spaltung des Dammes und Abkratzung der Fistel durch die Naht schloss, deren Heilung aber durch dyspnoische Attacken in Folge von durch Varicen bedingte Lungenembolie ausblieb. Die Wunde heilte von der Tiefe durch Granulationen mit komplettem Resultat.

(In Deutschland hat sich die Sekundärnaht in der Chirurgie und Gynäkologie zwar seit Jahren Bürgerrecht erworben, so dass ihre Verwendung in ähnlichen Fällen wie die angeführten gewiss in Frage zu ziehen ist, wenn der Operateur wegen mangelnder Assistenz den Eingriff sogleich nach der Geburt aufschieben muss, oder den Fall erst nach Tagen zu Gesicht bekommt, oder endlich die Primärnaht nicht gehalten hat. Die Vorzüge der sofortigen Naht dürften aber doch wohl auch hier derartige sein, dass sie von der sekundären nicht verdrängt werden, eben so wie die übliche dreiseitige Nahtanlegung auch wohl die sicherere ist.

Die Heilung enger, tiefsitzender Mastdarmscheidenfisteln durch Granulation nach Spaltung findet in der allgemein geübten Behandlung der Mastdarmfistel ihr Analogon. **Hadra** (Berlin).

---

### 4) **Chiara** (Florenz). Prophylaxis des Wochenbettes.

(Annali di ostetricia etc. 1885. September—Oktober.)

Während der ganzen Austreibungsperiode ist der Karbolspray im Gange. Nach der Geburt wird der Utero-Vaginalschlauch mit 1‰iger

Sublimatlösung energisch ausgespült. Dann wird aber die Wöchnerin nicht mehr berührt. Die erhöhte Lage des Kopfes und des Stammes soll den Ausfluss der Lochien begünstigen. Auf die Vulva wird gar kein Verbandstück gelegt. Leib- und Bettwäsche, Matratzen etc. werden alle schon vorher durch Schwefeldämpfe desinficirt.

Die Mortalität von 0,58% gilt dem Verf. als der beste Beweis dass seine Methode empfehlenswerth ist. **Liebman** (Triest).

---

5) **Chiara** (Florenz). Kastration.

(Annali di ostetricia etc. 1885. November—December.)

Auf 11 Beobachtungen gestützt, in welchen der Eingriff 9mal wegen Fibromyoma des Uterus und 2mal wegen Hystero-Epilepsie vorgenommen wurde, stellt Verf. folgende Corollarien auf: Die Ovariosalpyngektomie beseitigte gewöhnlich die durch Fibromyome des Uterus hervorgerufenen Beschwerden.

Sie nützt auch gegen hystero-epileptische Anfälle, wenn diese durch die menstruelle Fluxion nachweislich verschlimmert werden. Der Löwenthal'schen Menstruationstheorie wird durch die pathologische Anatomie und durch die anatomischen Verhältnisse, wie sie nach obgenannter Operation künstlich erzeugt werden, jede Grundlage entzogen.

Die Prognose der Operation ist günstiger als die der Hysterektomie, der Amputatio uteri supravaginalis, der Myomotomie und selbst der komplicirten Ovariotomie.

Der Hydrops tubarum ist ein häufiger Befund, er wurde in den 11 Fällen des Verf.s 6mal nachgewiesen.

Die Kastration wegen Fibromyome verspricht auch dann noch einen guten Erfolg, wenn der Tumor die Nabelhöhe überschritten hat.

Die Operation ist technisch eben so schwierig, zuweilen noch schwieriger, als die Ovariotomie. **Liebman** (Triest).

---

## Kasuistik.

6) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 9. April 1886.

Vorsitzender: Herr Kauffmann, Schriftführer: Herr M. Hofmeier.

Als Gäste sind anwesend die Herren Langner, Baumgärtner, Sänger, Küstner, Meinert.

I. Demonstrationen:

a) Herr E. Cohn demonstrirt den Schädel der Missgeburt, welche er in der Sitzung vom 26. Februar lebend gezeigt hat. Das Kind ist 4 Wochen alt atrophisch zu Grunde gegangen. Nach Abziehen der Kopfschwarte präsentiren sich beide Großhirnhemisphären frei liegend und nach vorn herausdrängend. Die Stirnbeine sind weit aus einander geschoben; es scheint, als ob in der That die größten Stücke der Part. front. fehlten. Nur ein Rest derselben, schmal und niedrig, ist an der Verbindung mit dem Os pariet. und zygomat. erhalten. Eben so fehlt die

Verbindung mit dem Siebbein, welches frei zwischen die beiden Stirnbeinhälften hineinragt. Auf der Höhe des Scheitels findet sich, nach vorn die große Fontanelle begrenzend, ein quadratischer, über 5markstückgroßer Schaltknochen (der vielleicht in irgend einer embryologischen Beziehung zur Entwicklung der Stirnbeine steht?), Die große Fontanelle ist sehr klein und liegt sehr weit nach hinten. Genaueren Aufschluss über diese seltene Missbildung kann nur eingehendes Untersuchen geben.

b) A. Martin legt einen supravaginal amputirten Uteruskörper vor, der von massenhaften Myomkeimen durchsetzt ist. Die Uterusschleimhaut ist zu einer stellenweise über 1 cm dicken Lage verdickt und trägt 2 über bohnengroße Schleimhautpolypen.

Die Pat. hat 1mal geboren; die stets reichlichen Menses haben seit 4 Jahren einen solchen massenhaften Blutverlust bedingt, dass Pat. trotz aller Pflege mehr und mehr von Kräften kam. Vor 2 Jahren wurde bei dem damals schon großen Uterus der Versuch gemacht, durch Amputatio colli eine Rückbildung herbeizuführen. Der anfängliche Erfolg war nicht von Dauer; trotz Ergotinbehandlung, langer Anwendung von Jod und Moor haben sich die Geschwulstmassen entwickelt und drängten durch die Druckerscheinungen im Becken eben so wie die unvermindert reichlichen Blutungen (siehe Schleimhautwucherung) zur Operation. Pat. hat eine glatte Rekonvalescenz durchgemacht, die nur durch das nachträgliche Abscediren einiger Ergotininjektionsstellen vorübergehend gestört war.

II. Herr A. Martin: Bemerkungen über einige Tubenpräparate.

Das den Tubenerkrankungen in neuerer Zeit zugewandte Interesse hat noch viele Fragen über die anatomischen Veränderungen der Tuben unbeantwortet gefunden. Einige vom Vortr. in den letzten 3 Monaten gewonnenen Präparate können zur Deutung verwerthet werden. Zunächst wird festgestellt, dass in der Schleimhaut der Tube die von Hennig beschriebenen Drüsen nicht nachzuweisen sind. In wie weit die auf den Querschnitten als Zotten auftretenden Gebilde wirklich Zotten sind oder Falten, bleibt unentschieden. Jedenfalls tritt bei Erkrankung der Schleimhaut eine mächtige Schwellung dieser Gebilde hervor, Gefäßvermehrung und Ektasie, kleinzellige Infiltration, Epithelabstoßung. Diese Schleimhautveränderung greift intensiv auf die Muskulatur der Tube über; die kleinzellige Infiltration lässt sich zwischen die Muskelbündel verfolgen, diese können ganz verdrängt werden, es entwickeln sich Bindegewebslagen, Blutergüsse, gewaltige Gefäßschlängelungen. In weiter entwickelten Fällen kommt es dadurch zu ausgedehnter Volumenvermehrung, um so mehr, als meist Atresie besonders des abdominalen Endes besteht. Die Schleimhaut wird dabei ausgebuchtet, zwischen stenosirten Abschnitten, sie drängt sich in Ausbuchtungen, welche ganz den Erosionen der Portio vaginalis analog erscheinen, in die Wandung hinein, es kommt zu follikelähnlichen Hohlräumen in der Wand, die sich in einem der demonstrirten Gebilde ganz als durchsetzt mit cystischen Räumen darstellte. Die Wand selbst kann dabei um ein Vielfaches ihres Durchschnittes vermehrt erscheinen. Die von Kaltenbach beschriebene Muskelhypertrophie hat A. M. nur angedeutet, nie so prägnant gefunden, wie jenes in Straßburg demonstrirte Präparat sie zeigt. Die Veränderungen der Wand bei Hydrosalpinx, Hämatosalpinx und Pyosalpinx finden an entsprechenden Präparaten ihre Darstellung.

Die Ovarien liegen theils ganz unbetheiligt neben den so veränderten Tuben, in anderen Fällen sind sie gleichzeitig entzündet, in wieder anderen kommt es durch Schmelzung der Zwischenwand zur Bildung von Tuboovarialtumoren, welche somit eine andere Entstehung und Zusammensetzung zeigen, wie die von Burnier beschriebenen.

Endlich wird eine Beobachtung beschrieben, welche gegen die Theorie von Lawson Tait bezüglich des Einflusses der Tuben auf den Menstruationsprocess spricht. Eine Pat., bei der in einer ersten Operation das rechte Ovarium mit einem Pyosalpinx bis auf einen Stumpf des ersteren entfernt war, in einer zweiten das linke Ovarium ganz mit einem Hämatosalpinx, menstruirte ohne beide Tuben regelmäßig. Erst nach 2 Jahren hat das Rudiment des rechten Ovarium Spuren der

Erkrankung gezeigt; gegen diese wird zur Zeit eine medikamentöse Behandlung versucht.

(Der Vortrag ist in der Deutschen med. Wochenschrift 1886 No. 17 in extenso abgedruckt.)

Herr Veit: Mit besonderem Dank muss Martin's Vortrag anerkannt werden, da wir bisher auf dem Gebiet der Pathologie der Tube außerordentlich wenig Genaues wissen. Auch ich habe mich bemüht, so weit mir Material zur Verfügung stand, der pathologischen Anatomie der Tube näher zu treten und möchte Ihnen kurz die vorläufigen Ergebnisse dieser Untersuchungen vorführen. Sie stimmen in vielen Punkten mit dem eben Gehörten überein, doch gilt dies nicht von dem Ausdruck: Zotten der Tubenschleimhaut, den der Vortr. mehrfach brauchte. Nach meiner Ansicht kann man von Zotten nur in dem Sinne einer Beschreibung eines Querschnittes durch die Tube sprechen, sie stellen den Durchschnitt dar von den Falten der Tubenschleimhaut, welche mit kleinen Nebenfalten bedeckt sind; natürlich entsteht auf dem Schnitt das zierliche Bild von Zotten.

Unter den Schleimhauterkrankungen möchte ich trennen: 1) die interstitiellen Entzündungen; bei diesen kommt es zu einer kleinzelligen Infiltration dieser Falten und so wird das Lumen der Tube, welches sonst diese zierlichen Falten enthält, fast ausgefüllt durch die dicken und unförmlichen Anschwellungen derselben; über der kleinzelligen Infiltration ist das Epithel normal erhalten. Ich fand diese Form besonders bei Pyosalpinx ausgesprochen und besonders die Verengerung des Tubenlumens an dem uterinen Theil der Tube. 2) Die katarrhalischen Formen, bei denen es zu einer starken Vermehrung der Falten der Tube kommt, ohne dass dabei eine stärkere kleinzellige Infiltration vorkommt. Hierher gehören aber auch die Formen, welche der Herr Vortr. geschildert hat, bei denen es unter starker Verdickung der Mucosa zu Cystenbildung in derselben kommt; besonders fand ich diese Art ausgesprochen bei einigen Fällen von Tubenverschluss, ohne dass es zu Flüssigkeitsansammlung gekommen wäre. Schnitt ich von dem abdominalen Ende her die Tube serienweise quer durch, so fand ich dieselbe erfüllt von cavernös zusammenhängenden Cystchen oder Schleimhautdivertikeln, die alle mit dem charakteristischen Tubenepithel bedeckt waren. Ich habe bei derartigen Fällen den Eindruck nicht unterdrücken können, als ob hier die Schleimhautwucherung die Hauptsache gewesen ist, durch die es erst zum Tubenverschluss gekommen ist. Jedenfalls konnte ich in mehreren dieser Fälle jegliche Peritonitis in der Umgebung des verschlossenen abdominalen Endes der Tube fehlen sehen, so dass mir hier die Theorie der primären Verwachsung der peritonealen Flächen der Fimbrienenden nicht zu stimmen scheint für die Genese des Tubenverschlusses.

Über die Verhältnisse der Muskulatur der Tube bin ich noch zu keinem rechten Abschluss gekommen. Ich stimme übrigens bezüglich der Therapie mit dem Herrn Vortr. überein, der nicht in dem Tubentumor an sich, sondern in bedenklicheren und erheblicheren Folgezuständen desselben erst die Indikation zur Exstirpation findet.

Herr Meinert (als Gast) beschreibt das Operationsverfahren von Lawson Tait bei der Salpingotomie, welches er aus eigener Anschauung kennt. Er hebt als besondere Eigenthümlichkeiten des Verfahrens hervor, dass L. T. nur einen möglichst kleinen Bauchschnitt mache, die Tumoren ohne jede Rücksicht auf eventuelle Blutung manuell herausschäle, ohne auch ihren eventuell infektiösen Inhalt zu fürchten. Er legt dann Glasdrains ein und zieht durch dieselben das Sekret heraus.

Herr M. Hofmeier führt als Analogon zu dem von Herrn Martin angeführten Fall eine Beobachtung aus der Praxis von Herrn Geh.-Rath Schröder an, in dem auch wegen fortwährend recidivirender Perimetritis die Kastration gemacht wurde. Es blieb wegen der Schwierigkeit der Ausschälung ein kleiner Ovarialrest in einem Lig. ovarii zurück. Die Rekonvalescenz war eine sehr gute und trotzdem die Periode andauerte, war $1\frac{1}{2}$ Jahr lang vollkommenes Wohlbefinden. Jetzt seit $\frac{1}{2}$ Jahr wieder stark mit der Menstruation sich vermehrende Beschwerden.

Herr Martin: Die von Herrn Veit angeregten Zweifel bezüglich des Vorkommens eigentlicher Zotten sind für das Lumen der Tube in ihrem uterinen und mittleren Abschnitt gewiss gerechtfertigt. Aus einigen der Präparate scheint für das Infundibulum die Existenz der Zotten allerdings hervorzugehen; möglich, dass sie nur pathologisch sind. Übrigens sollen darüber weitere Untersuchungen Aufschluss gewähren.

Herr Cohn fragt Herrn Veit nach genauen Daten in Bezug des von ihm erwähnten Falles von Gonokokken im Tubensekret, da seines Wissens hierüber noch nichts bekannt sei.

Herr Meinert hat 2mal Tubengeschwülste in der Weise von Tait exstirpirt; Gonokokken waren in dem Sekret nicht zu finden.

Herr C. Ruge: Was den Ausdruck »Zotten« anlangt, so ist derselbe von A. Martin nur als ein deskriptiver für die mikroskopischen Bilder gebraucht worden; die Falten und Wucherungen geben auf dem Profilbild das Aussehen von Zotten. Um Irrthümern zu entgehen, ist es besser den Ausdruck zu vermeiden. Es giebt aber trotzdem Wucherungen der Tubenschleimhaut, welche ein zottiges, warziges Aussehen haben, welche völlig an spitze Condylome erinnern, namentlich bei etwas größeren dilatirten, oft dünnwandigen Tubentumoren. Diese Exkrescenzen sind nicht selten circumscript.

Die Wucherung der Tubenschleimhaut geht in vielen Fällen ganz analog vor sich, wie an den Erosionen: Einsenkungen des Epithels, Emporwuchern des Gewebes, so dass oft große dendritische (anscheinend villöse) Faltenwucherungen entstehen.

---

7) **Rossoni** (Rom). Hysterische Anurie.

(Rivista clinica 1885. Oktober—November.)

Die genaue Beobachtung zweier Kranken, deren Geschichten ausführlich mitgetheilt werden, und bei welchen die verschiedensten Experimente vorgenommen wurden, führen Verf. zu folgenden Schlüssen:

Die Anurie bei Hysterischen ist nicht so selten, als man gewöhnlich annimmt. Die hysterische Anurie geht Hand in Hand mit einer besonderen, uns ihrem Wesen nach unbekannten Modifikation des Stoffwechsels, welche eine ganz außerordentliche Verlangsamung und Beschränkung der nutritiven Bewegung des Organismus zur Folge hat und zugleich einen Zustand von Neurasthenie der Nervencentren und besonders derjenigen, welche der Nierensekretion vorstehen, hervorruft. Dieser Verlangsamung des Stoffwechsels ist zu verdanken, dass eine anurische Hysterica lange Zeit ohne besondere Beschwerden fortleben kann, auch wenn keine vikariirende Sekretionen durch den Magen (Erbrechen) auftreten.

Solche Kranke leiden oft an Erbrechen, ohne dass die erbrochene Flüssigkeit Elemente des Harnes enthalte, i. e. in mehreren Fällen steht das Erbrechen in keinem direkten Zusammenhange mit der Anurie.

Es geschieht aber zuweilen, wenn die Harnabsonderung versiegt, dass die mehr oder weniger reichliche Magensekretion alle physischen und chemischen Charaktere des normalen Uterus zeigt. Die Thätigkeit einer solchen Magensekretion steht in keinem direkten Wechselverhältnisse mit der Urinabsonderung; sie kann z. B. aufhören, bevor sich die Harnabsonderung wieder einstellt.

Es gelingt zuweilen durch Pilocarpin, die Nierenthätigkeit wieder anzuregen. Manchmal hat die durch Pilocarpin erregte Speichelsekretion bei anurischen Hystericis alle chemischen und physischen Charaktere des normalen menschlichen Harns.

Die Einführung von Harnstoff (subkutane Einspritzung) in die Cirkulation bei Hysterischen mit Anurie ruft nur dann Urämie hervor, wenn zugleich kein vikariirendes Erbrechen besteht. Besteht dieses urinöse Erbrechen, so kann man ungestraft in ganz kurzen Intervallen bis zu 16 g Harnstoff injiciren, ohne dass Erscheinungen von Urämie auftreten.

Die Anurie bei Hysterischen ist durchaus nicht zu vergleichen mit der Anurie bei Nierenkranken oder bei Thieren, deren Nieren exstirpirt oder deren Ureteren unterbunden wurden. **Liebman** (Triest).

8) **Pasquali und Bompiani** (Rom). Acardiacus.

(Bollettino della R. accademia medica di Roma 1885. No. 6.)

Bei der 26jährigen IIIGebärenden erfolgte der Blasensprung als sie das Kreißzimmer betrat, es floss sehr viel Fruchtwasser ab und $^1/_2$ Stunde darauf wurde ein 1215 g schwerer, 36 cm langer Knabe sterbend geboren. Da der Uterus voluminös blieb, einen festen Körper noch enthielt und die kräftigen Wehen erfolglos blieben, wurde 2 Stunden später in Chloroformnarkose untersucht und eine Masse nachgewiesen, welche eine dem Munde ähnliche Öffnung zeigte; weiter oben fand man keine Spur der oberen Extremitäten, dagegen ließen sich am Fundus uteri rudimentäre untere Gliedmaßen nachweisen. Es gelang P. die Wendung vorzunehmen. Die zuerst ergriffene untere Extremität riss gleich am Kniegelenke aus, dafür aber fand die operirende Hand in der Analöffnung eine sichere Befestigung. Die Extraktion wurde durch den Haken beendet. Die Wöchnerin machte ein normales Wochenbett durch.

Die Missgeburt hatte das Aussehen eines riesigen Embryo der ersten Wochen, hatte die Form eines Hornes, dessen Längendurchmesser 30, der Breitendurchmesser 14 cm betrug; Gewicht 2000 g. Sie war weich, bläulich und schien sich in beginnender Maceration zu befinden. Die genaue Beschreibung möge im Original nachgelesen werden. Der untere Theil des Körpers war mehr entwickelt als der obere. Die Geschlechtstheile männlich. Von den Schädelknochen ist das Hinterhaupt noch am besten entwickelt; der Vorderkopf ist sehr mangelhaft. Lungen fehlen. Ein muskulöser, herzähnlicher Schlauch enthält kein Blut und steht in keiner Verbindung mit dem Gefäßsystem. Die Placenta hat die normale Struktur; zwei Chorion und zwei Amnion sind vorhanden; die größere Amnionhöhle gehört dem Monstrum an; in dieser Höhle fehlt die Nabelschnur. Die Nabelgefäße verlaufen zuerst frei durch 2 cm und dann auf den Eihäuten ohne besondere Windungen und von weniger Wharton'scher Sulze umgeben, bis zum Nabelringe des Acardiacus. **Liebman** (Triest).

9) **Lawson Tait** (Birmingham). Bemerkung über chronisch entzündliche Erkrankung der Uterusadnexa.

(Edinb. med. journ. 1885. September.)

Diese »Bemerkung« nebst dem mitgetheilten Fall besteht in einem schneidigen Protest des Verf. gegen die angemaßte Souveränität Spencer Wells' in Sachen der Abdominalchirurgie, die keinen anderen Gott neben sich dulden, geschweige denn von Anderen lernen wolle.

Der Mann einer Pat., in deren Zustand und Befund T. die Indikation zu seiner Operation in typischster Weise gegeben sah, wünschte weitere Autoritäten zuvor zu konsultiren. Er brachte dann von Spencer Wells ein eigenhändiges Gutachten über ein empfindliches Ovarium ohne nachweisbare organische Erkrankung an Uterus oder Adnexen; Operation sei nicht gerechtfertigt, dagegen Luftwechsel, Bade- oder Gebirgsaufenthalt voraussichtlich von Erfolg. Da die Frau bereits 15 Jahre lang von den peinigendsten Beschwerden geplagt, von einem Arzt zum andern, aus einer Behandlungsmethode in die andere getrieben worden war, entschloss man sich trotzdem zur Operation. Dieselbe enthüllte eine dicke, eitergefüllte linke Tube, die überall adhärent, das Ovarium in ihrer Konkavität einschloss und eine noch mehr ausgedehnte rechte, mit blutigem Inhalt. Verlauf günstig, Erfolg durchaus vielversprechend.

Verf. versichert, dass er diesem seinen hier mitgetheilten Falle zahlreiche andere beifügen könnte, in welchen seine Meinung Anderen gegenüber in eben so überzeugender Weise zur Geltung gekommen sei. Im Übrigen werden die Wohlthaten der Operation auch hier des Näheren erörtert. **Zeiss** (Erfurt).

**10) Angus Macdonald** (Edinburg). **Zehn Laparotomien — mit Bemerkungen.**

(Edinb. med. journ. 1885. Mai und Juni.)

Von den Ovariotomien (5) boten einige Interessantes. Eine im Übrigen glatt verlaufende Heilung war durch eine, nicht zur Suppuration führende Parotitis komplicirt. Verf. hat dies Vorkommen bereits früher einmal beobachtet und ist geneigt, da septische Vermittelung in beiden Fällen sicher auszuschließen war, eine Art sympathischer Erkrankung durch den Reiz der Ovarialnerven anzunehmen, noch Analogie der Beziehung zwischen Orchitis und Parotitis. Der Küstner'sche Fall (Centralbl. 1884 No. 47) lasse immerhin bei dem Vorhandensein eines Stichkanalabscesses andere Deutung zu.

Folgen dann 2 Fälle von rupturirten Cysten mit Befunden in der Bauchhöhle, die an Werth's Pseudomyxoma peritonei erinnerten. Obgleich die Toilette nothwendigerweise sehr unvollkommen blieb, beide Male glatter Verlauf. In beiden Fällen wurde, in der Nähe der Blinddarmgegend je eine kleine ($2^1/_2$ und 3 zu $^3/_4$ Zoll) Cyste gefunden, durch eine Art kurzen Mesenteriums an den Darm befestigt. Verf. vermuthet in ihnen abgeschnürte, durch den Reiz des ergossenen Cysteninhalts in Vergrößerung begriffene Darmdivertikel.

Der letzte Fall betraf eine 52jährige Pat. mit Sarkom des rechten Ovariums und Ascites. Die Diagnose wurde in Folge der mikroskopischen Untersuchung gestellt, welche reichliche Gruppen großer, rundlicher, vielkerniger, in Wucherung begriffener Zellen ergab. Bei der Operation fand sich auch das linke Ovarium mit dem Lig. lat. bereits zu einer knotigen Masse degenerirt. Peritoneum frei. Pat. nach 3 Wochen entlassen. Die Operation einer Cyste des Lig. lat. ohne besonderes Interesse.

Ferner: Laparotomie zur Entfernung einer Cyste des Peritoneums (Mesenteriums?) mit blutig serösem Inhalte. Der Tumor täuschte bis zur Operation einen Ovarialtumor vor. Die ganze Oberfläche zeigte sich verklebt und verwachsen mit Wand und Eingeweideperitoneum; vorn auf der Wirbelsäule, wo der Tumor den großen Gefäßen aufsaß, musste ein Stück seiner Wand sitzen gelassen werden. Ein Stiel war nirgends zu finden. Drainage; Heilung nach 9 Wochen. Kleine eiternde Fistel. Der Tumor hatte sehr brüchige Wandungen; in denselben zahlreiche sekundäre Cysten mit mehr oder weniger hämorrhagischem Inhalt; die Hohlräume waren z. Th. mit Cylinderepithel ausgekleidet, andere zeigten nur Reste einer epithelialen Auskleidung, noch andere glichen einfachen großen Lymphräumen; überall fibrinöse resp. hämorrhagische Beschaffenheit des Inhalts. Obgleich in den Adhäsionen und bei der außerordentlichen Verschiebung der Beckeneingeweide durch den großen Tumor, bei der Operation die Ovarien etc. nicht rekognoscirt werden konnten, glaubt doch Verf. mit Bestimmtheit einen Ovarialtumor ausschließen zu können. Derartig vollkommene Verwachsung käme bei diesen letzteren nicht vor; dagegen habe er sie in einem früheren Fall von Mesenterialcyste ebenfalls gefunden. Zur Diagnose sei wichtig die Beobachtung der mehr von oben nach unten tendirenden Wachsthumsrichtung; das stärkste Hervorragen in Nabelgegend und — wie er das früher durch Probeincision bei einem soliden Mesenterialtumor Gelegenheit hatte zu erfahren — die völlige Umlagerung der Geschwulst durch Därme mit entsprechender Perkussionsfigur.

Zum Schluss folgen 3 Abtragungen der Uterusanhänge wegen Dysmenorrhoe, bei diagnosticirter Erkrankung der Ovarien und Tuben; 2 davon sind hinreichend alten Datums, um den Erfolg als einen vollkommenen bezeichnen zu dürfen.

**Zeiss** (Erfurt).

**11) C. Sedlaczek** (Striegau). **Seltener Fall von Verschlingung und Umschlingung der Nabelschnüre bei Zwillingen im gemeinsamen Wassersack.**

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 2.)

S. hat aus der Litteratur 10 Fälle zusammengestellt, bei welchen sich eine Verschlingung und Verknotung der Nabelschnüre in einem gemeinsamen Wassersack

liegender Zwillinge fand. Für die Regelwidrigkeit, dass der Nabelstrang des einen Zwillings sich um Körpertheile des anderen legt, konnte er nur ein (Beispiel von Hugo de Puyt 1762 in den Verhandlungen der wissenschaftlichen Gesellschaft zu Vlissingen mitgetheilt) ausfindig machen. Er beschreibt einen diesem ähnlichen in der Leipziger Poliklinik zur Beobachtung gekommenen Fall. Das Präparat stammt von einer 30jährigen Frau, welche bereits 6 normale Geburten durchgemacht hatte. Die eineiigen männlichen Zwillinge wurden bereits im 4. Monat der Gravidität geboren. Von ihnen war der zweitgeborene bedeutend besser genährt und entwickelt als der erstgeborene. Von einer Schilderung der mannigfachen Verschlingungen der Nabelschnüre unter einander und ihrer Umschlingungen einzelner Körpertheile der Föten muss hier abgesehen werden. Am besten werden sie aus der dem Original beigegebenen Abbildung ersichtlich. Ihr Zustandekommen führt S. auf eine verhältnismäßig große Uterinhöhle, reichliche Fruchtwassermenge und bedeutende Länge des Nabelstranges zurück.

Die Früchte wurden macerirt geboren, ein Beweis, dass der Tod derselben schon längere Zeit vor der Geburt eingetreten war. S. nimmt an, dass eine Umschlingung oder Windung der einen Nabelschnur so fest gewesen, dass dadurch eine Kompression der Nabelschnurgefäße stattgefunden und der Erstgeborene in Folge derselben zu Grunde gegangen sei. Sein herausgezerrter Nabel zeigte, dass er sehr stark an seiner Nabelschnur gezogen. Die Folge davon war, dass auch die Schlingen am Hals des anderen Fötus sich immer fester um diesen legten, bis es schließlich durch den anhaltenden Druck zu einer Kompression der Halsgefäße kam; der Tod war daher unausbleiblich. **Graefe** (Halle a/S.).

## 12) **Piccinini** (Asti). Fibromyom.

(Annali di ostetricia etc. 1885. September—Oktober.)

Verf. sah nach 43 Galvanisationen, nach der Methode von Apostoli, ein sehr großes intramurales Fibrom der vorderen Uteruswand um ein Bedeutendes kleiner werden und fast alle durch den Tumor hervorgerufenen Beschwerden schwinden. **Liebman** (Triest).

## 13) **Angus Macdonald** (Edinburg). Coccygectomie.

(Edinb. med. journ. 1885. Oktober.)

1) Junges 18jähriges Mädchen klagt seit 9 Monaten über heftigen Schmerz in der Steißbeingegend beim Sitzen, der aber beim Gehen oder Liegen aufhört. Sie schiebt denselben auf ein öfter wiederkehrendes kleines Trauma.

Verf. löst zunächst subkutan das sehr empfindliche Steißbein aus seinen Muskelverbindungen: vorübergehende Erleichterung. Der Schmerz wird erst ganz beseitigt, nachdem später das Os coccygis exstirpirt ist.

2) Nach hinten ragendes, ankylosirtes Steißbein, mit heftigem Schmerz beim Sitzen und Stuhlgang, seit einer Geburt vor 15 Monaten. Exstirpation. Heilung.

Die Heilung scheint, nach Bericht der Ärzte, in beiden Fällen eine dauernde gewesen zu sein. Operation leicht, ohne Blutung, prima intentio.

**Zeiss** (Erfurt).

## 14) **Farabeuf.** Entwicklungshemmung des Darmes.

(Progrès méd. 1885. No. 46.)

F. hatte Gelegenheit, bei der Sektion eines Erwachsenen einen Befund zu erhalten, den er als Stütze für seine Theorie, dass das Colon seine Mesenterialgefäße von vorn her wegen der von ihm im Intra-uterinleben vollzogenen Drehung empfange, verwerthen könne, indem in diesem Falle die Drehung ausgeblieben war und in Übereinstimmung damit die Mesenterialgefäße des Dickdarm diesem direkt von der Wirbelsäulenseite her zugingen. **Hadra** (Berlin).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 23.** **Sonnabend, den 5. Juni.** **1886.**



## Zur Behandlung der Blutungen nach Abort.

Vorgetragen in der Sitzung der Odessaer Ärzte

von

**Dr. K. Henrichsen,**

Ordinator des Odessaer städtischen Krankenhauses.

Wohl jeder praktische Arzt hat sich öfters in einer peinlichen Lage befunden, wenn er in eine entlegene Gegend und meist noch in der Nacht, zu einer Frau gerufen, diese an einer Blutung nach Abort leidend, vorfindet. Die Kranke ist in vielen Fällen sehr schwach und vom bedeutenden Blutverlust heruntergekommen; die ausgestoßene Frucht wird dem Arzt in einem mit der fadenförmigen Nabelschnur behutsam zugebundenen Lappen vorgewiesen, aber die Nachgeburt befindet sich noch in der Gebärmutterhöhle. Häufiger allerdings ist die Frucht und ein Theil der Nachgeburt ausgestoßen, aber der Rest der letzteren und die Eihäute, im Uterus zurückgeblieben, unterhalten eine reichliche Blutung. Obgleich die Gebärmutter geöffnet und für einen oder zwei Finger zugängig ist, vermag man doch nicht mit den Fingern die Reste zu erfassen; dieselben gleiten ab, reißen dabei ein, während die Blutung fortdauert und gefahrdrohende Ohnmachtsanfälle auftreten. In einer solchen Lage, wo an ein bloßes Abwarten in Folge des starken Blutverlustes nicht

gedacht werden kann und auf einen Tampon kein Verlass ist, muss man zu Instrumenten seine Zuflucht nehmen.

In Betreff dieser Frage sehen wir aus der Litteratur, dass Kilian[1] zu Anfang eines Abortes einen Aderlass empfiehlt, darauf die zurückgebliebenen Theile herauszubefördern wären und zwar mit der Levret'schen »pince à faux gérme«[2] — Zangen für Molen, in der Art einer großen Kornzange mit oval gefensterten Endstücken. Hohl (Lehrbuch der Geburtshilfe 1862) rekommandirt Abortzangen. Scanzoni[3] spricht nur von der Entfernung der Reste mit Hilfe der Finger. Neben der Methode Höning's, den Uterus mit beiden Händen zusammenzudrücken, wobei der Vorschlag Breslau's, mit der ganzen Hand in die Scheide zu gehen, als unzweckmäßig außer Acht gelassen werden soll, räth Schroeder[4] — abzuwarten und nur im äußersten Falle die Reste mit der Kornzange zu entfernen. Horwitz[5] spricht außer den' obengenannten Instrumenten auch von der Nachgeburtszange Boër's, in der Art der Levret'schen und von dem mit einem Gelenk versehenen Löffel »Curette articulé Pajot«. Letzterer ähnelt dem Recamier'schen Löffel, unterscheidet sich aber dadurch, dass das obere gefensterte Endstück sich in einem Scharnier befindet und beim Gebrauch der Schraube am Griff, sich umbiegen kann. Dieser Löffel ist der gebräuchlichste in Frankreich. Als Kuriosum führe ich noch den elastischen Cylinder Churchill's an, mit 3 Zapfen versehen, um die Frucht aus der Scheide su ziehen. Horwitz räth überhaupt sehr vorsichtig beim Gebrauch der Instrumente zu sein und sie nur im äußersten Nothfall anzuwenden.

Als Übersetzer der Schröder'schen Geburtshilfe (1871) ins Russische, verwirft Horwitz im Anhange vollständig jede Aushilfe mit Instrumenten. Fritsch[6] sagt, dass das einzige Instrument, welches er zur Entfernung der Nachgeburtsreste gebraucht, in einer hakenförmig gebogenen Uterussonde bestehe. Entweder entfernt er die Reste mit der Sonde allein oder drückt mit dem Finger dieselben gegen die Sonde, so dass der Haken der Sonde zusammen mit dem Finger eine Zange bildet, mit welcher die Reste gefasst und herausbefördert werden können. Spiegelberg[7] erkennt nur die Entfernung mit der Hand an, verwirft jede Instrumentalhilfe und empfiehlt nur bei Verwachsung des Uterus mit den Eiresten, diese mit dem Löffel zu entfernen. K. Braun[8] erwähnt, dass er niemals zur Herausbeförderung der Reste seine Zuflucht zur Polypenzange genommen, sondern mit Erfolg den Simon'schen Löffel benutzt habe.

---

[1] Geburtslehre 1840.
[2] Beschrieben im Mercure de France 1867.
[3] Lehrbuch der Geburtshilfe 1750. p. 93.
[4] Lehrbuch der Geburtshilfe, ins Russische übersetzt von Horwitz.
[5] Die Lehre vom Abort. Petersburg 1865. Dissert. Russisch.
[6] Klinik der geburtshilflichen Operationen 1876. p. 364.
[7] Lehrbuch der Geburtshilfe.
[8] Lehrbuch der gesammten Geburtshilfe.

Schwarz räth in seiner Abhandlung »Zur Behandlung der Fehlgeburten«[9] zur Entfernung der zurückgebliebenen Theile in schweren Fällen entweder die gefensterte Luer'sche Zange, welche zum Hervorziehen der Zunge bestimmt ist, — oder den Löffel, die oben erwähnte Curette zu benutzen. Boeters — Zur Behandlung der Blutungen nach Abort[10] — gebrauchte in schweren, mit großem Blutverlust verbundenen Fällen von Abort den Simon'schen Löffel zur Entfernung der Reste und führt er mehrere Beispiele mit glücklichem Ausgange an; er räth in spät zur Behandlung gelangenden Fällen eine vorbereitende Dilatation vorzunehmen. Mundé[11] aus New York verhält sich in einer gleich betitelten Schrift, »Zur Behandlung der Blutungen nach Abort«, sehr sympathisch zum Vorschlage Boeters, die Reste mit dem Simon'schen Löffel zu entfernen, auch beschreibt er ausführlich, wie er in seinen Fällen, vor der Einführung des Löffels in den Uterus, die Ränder des Löffels am Marmor abstumpfte. Dieser Umstand veranlasst ihn auch, die Curette von Sims vorzuschlagen (beschrieben im Lehrbuch der Frauenkrankheiten Gaillard Thomas 1873, p. 440), um den fungös zerfallenen Inhalt der Uterushöhle auszuschaben. Letztgenanntes Instrument ist aus Kupferdraht angefertigt, welcher vom Griff an dünner wird und in einer Schlinge endet. Die Vorzüge bestehen nach Meinung Mundé's darin, dass es seines stumpfen Randes wegen den Uterus nicht verletzen kann und da es zu gleicher Zeit auch biegsam ist, einen starken Druck auszuüben nicht erlaubt.

Hiermit hätte ich kurz die Meinungen und Vorschläge gewiegter Gynäkologen in Betreff instrumenteller Hilfe besprochen und kehre nun zum Ausgangspunkt zurück, welche Maßregeln nämlich bei starken Blutverlusten nach Abort zu ergreifen sind, wenn im Uterus Eireste zurückgeblieben und der Muttermund für einen oder zwei Finger zugängig ist. Gelingt es uns nicht die Reste mit 2 Fingern zu fassen und zu entfernen, oder auch nicht mit einem gekrümmten Finger den erfassten Rest an die Uteruswand zu drücken und herabzuziehen, so sind meiner Ansicht nach in solchen Fällen die Hohl'sche Abortzange und die Molenzange von Levret und Boër ihres großen Umfanges wegen nicht gut anwendbar, besonders gilt es von der Hohl'schen Zange, welche, wie eine Geburtszange, getrennt einzuführende Löffel hat. Auch vom Pajot'schen Löffel muss man sagen, dass er unzweckmäßig ist, — wird am Handgriff die Schraube gedreht, so erfolgt eine Biegung des mit einem Gelenk versehenen Endstückes in der Uterushöhle, aber wir wissen nicht, was derselbe erfasst und ob etwas im Scharnier eingeklemmt wird.

Auch mit der Luer'schen Kornzange, ferner mit der gefensterten Zange und der Pince à cremallière arbeiten wir im Dunkeln, bei Schließung derselben ohne Kontrolle des Fingers können wir die

[9] Sammlung klinischer Vorträge No. 241. p. 1721.
[10] Centralblatt für Gynäkologie 1877. No. 20.
[11] Centralblatt für Gynäkologie 1878. No. 6.

gelockerte Uterusschleimhaut erfassen; die Vorsicht gebietet es, nach Schließung der Kornzange eine Achsendrehung zu machen, wodurch nothwendigerweise die Reste abgerissen werden — für den Verlauf der Operation im Allgemeinen nicht förderlich, da es doch vortheilhafter ist, die Reste nicht stückweis, sondern vollständig zu entfernen. Der von Vielen empfohlene Simon'sche Löffel ist nicht ganz ungefährlich, weil die scharfen Ränder desselben den Uterus selbst verletzen können; gebrauchen wir ihn aber als Haken oder Hebel, so durchschneiden die scharfen Ränder, bei Umgreifung der Reste, wiederum das weiche Gewebe; beschleunigt wird Letzteres noch, wenn man nach Einführung eines Fingers die Reste zwischen Finger und Löffel zu fixiren sucht; das Resultat ist eine nur theilweise Entfernung, verbunden mit Zeitverlust und häufigem Einführen von Finger und Instrument in die Uterushöhle. Fritsch räth, eine Uterussonde zu biegen und mit dem auf diese Art gebildeten Haken die Nachgeburt zu umgreifen und zu entfernen; wenn man aber die Dünnheit der Sonde, ihre runde Form, die Blutung und Schlüpfrigkeit der Theile in Betracht zieht, so ist schwer zu verstehen, wie mit derselben eine Entfernung der Reste von statten gehen soll, da doch das ergriffene Stück in Ermangelung eines gehörigen Stützpunktes ohne Weiteres abgleitet. Mit der dünnen und abgerundeten Uterussonde und dem Finger kann schwer eine Zange gebildet werden, um irgend etwas aus dem Uterus zu entfernen. Der Sims'sche Löffel aus Kupferdraht mit einer Schlinge am Endstück, wie ihn Mundé gebrauchte, kann, wenn die Oberfläche am Endstück mit der Schlinge größer ist, mit Erfolg die von Fritsch vorgeschlagene gebogene Sonde vertreten, seinen Zweck erfüllt er jedoch, wenn er mit dem Finger eine Zange bilden soll, seiner Biegsamkeit wegen, noch nicht vollständig.

Der von mir in Vorschlag gebrachte »gefensterte Aborthebel« genügt vollkommen den Forderungen von Fritsch, welche er an seine gebogene Sonde stellte. Die Lösung der Aufgabe, ein dem Zweck vollkommen entsprechendes Instrument zu finden, ist mir um so angenehmer, da ich auf das Instrument gekommen bin, ohne etwas von der gebogenen Sonde oder dem Sims'schen Löffel gewusst zu haben; ich wurde mit Letzteren erst bekannt, als ich die Litteratur dieses Gegenstandes durcharbeitete. Im Laufe meiner Praxis hatte ich mich nach Möglichkeit gegen Blutungen nach Abort zu schützen gesucht; die Hohl'sche Zange habe ich während eines Zeitraumes von 10 Jahren nicht angewandt, auch der Simon'sche Löffel leistete nicht die erwünschten Dienste. Mit der Pince à crémaillère konnte ich die Reste nur stückweis entfernen, bessere Dienste leistete sie mir, wenn ich sie geschlossen einführte und mit dem Finger die Nachgeburtsreste gegen die dreieckigen Öffnungen drückte.

Im vorigen Winter besah ich mir die Instrumente bei Windler in Berlin, um etwas Passendes zu finden; ich glaubte im Sims'schen Depressor uteri das Gewünschte gefunden zu haben, aber gleich

beim ersten Versuch überzeugte ich mich, dass die Krümmung des Instrumentes eine zu starke ist, die Branchen zu dick sind, der Depressor uteri überhaupt nicht fest genug am Handgriff befestigt und auf demselben nicht hingewiesen ist, nach welcher Seite die Krümmung gerichtet ist. Alle diese Mängel sind durch meinen gefensterten Aborthebel beseitigt. Die Maße desselben sind folgende: Die Länge 31 cm (12½ Zoll), die Dicke 7 mm (¼ Zoll), das große ovale Fenster 2 cm (¾ Zoll), das kleine 1 cm (½ Zoll), die Dicke der Rippen 2 mm (1 Linie), die Krümmung bildet einen Winkel von 40°. Die innere Fläche der Krümmung ist rauh, mit kleinen Rinnen versehen. Behufs Antiseptik habe ich am Hebel einen Handgriff vermieden anzubringen, weil doch derselbe am ehesten geeignet ist, einen Sitz für Unreinigkeit abzugeben und habe daher den Hebel in eine andere kleine Schlinge auslaufen lassen, welcher man eine beliebige Krümmung geben kann; die Krümmungen der beiden Schlingen laufen entgegengesetzt, so dass man nach der außerhalb der Geschlechtstheile befindlichen Krümmung die Richtung der im Uterus befindlichen bestimmen kann[12].

Beim Abort mit starkem Blutverlust und Zurückhaltung von Fruchttheilen kann man, wenn der Muttermund für einen Finger zugängig ist, dreist an dem Finger den an Umfang unbedeutenden Hebel einführen, ferner unter Leitung des Fingers ihn zwischen Eirest und Uteruswand gleiten lassen und sich dichter an dieselbe halten; Letzteres ist vollständig gefahrlos, da die Rippen der Schlinge rund sind und keine Verletzung des Uterus, eben so wenig einen Einriss in die Reste herbeiführen können. Die auf eine solche Art umgriffenen Reste werden nun dem im Uterus befindlichen Finger entgegen gezogen, wobei mit letzterem ein Theil der Nachgeburt durch das Fenster gedrückt, der übrige Theil kräftig an die Rippen des Hebels gepresst wird. Die Kraftanstrengung ist bedeutend, um den ergriffenen Theil nicht abgleiten zu lassen, desswegen ist auch das Instrument stark konstruirt (es biegt sich nicht) und mit kleinen Rinnen auf der Innenseite der Krümmung versehen. Hat man die Nachgeburt oder deren Reste erfasst und eine Zange aus dem Finger und dem Hebel gebildet, so zieht man dieselbe langsam aus dem Uterus heraus, wobei die Kranke durch die Bauchpresse unterstützend eingreifen kann; weniger praktisch und nicht immer möglich ist es, eine dritte Person durch die Bauchdecke auf den Fundus uteri drücken zu lassen.

---

## 1) **Kisch** (Prag). Die Sterilität des Weibes, ihre Ursachen und ihre Behandlung.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1886.

Bei der Lückenhaftigkeit unseres Wissens im Kapitel »Sterilität« müssen wir jeden neuen an ein größeres Beobachtungsmaterial sich

[12] Das Instrument ist in Odessa bei Carlson für 5 Mark zu beziehen.

anlehnenden Beitrag willkommen heißen. Obiges Buch ist ein solcher, verbunden mit fleißigster Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur. Verf. erörtert die Ätiologie der Sterilität von 3 Gesichtspunkten aus: 1) der Unfähigkeit zur Keimbildung, 2) der Behinderung des Kontaktes von normalem Sperma und Ovulum, 3) der Unfähigkeit zur Bebrütung des Eies. In Bezug auf den 1. Punkt werden in Betracht gezogen: Defekt der Eierstöcke, ungenügende Entwicklung derselben, Einfluss des Alters bei der Verheirathung, vorzeitige Atrophie der Ovarien, pathologische Zustände des Ovariums und seiner Umgebung, übermäßige Fettbildung, Syphilis (eine Syphilis bei Thieren aber ist Ref. unbekannt), Skrofulose, Chlorose, Diabetes, chronischer Alkoholismus, äußere auf die Ernährung, die Innervation und die Ovulation ungünstig wirkende Einflüsse. Eine specielle Betrachtung wird der Unfähigkeit der Keimbildung im höheren Alter durch senile Involution gewidmet.

In Bezug auf Behinderung des Kontaktes normalen Spermas und Ovulum werden angeführt: erschwerende Dehiscenz der Ovula durch Verdickung der Tunica albuginea des Ovarium, angeborene und erworbene Anomalien der Tuben, Form, Lage und Strukturanomalien des Uterus, pathologische Zustände der Vulva und Vagina; in einem besonderen Kapitel Azoospermie.

In Bezug auf Unfähigkeit zur Bebrütung des Eies finden die Gewebsveränderungen des Fruchthalters und seiner Anhänge speciellere Erwähnung.

Aus K.'s eigenen Erfahrungen bemerken wir noch Folgendes: Auf Grund statistischer 556 fruchtbare Ehen betr. Daten fixirt K. den Zeitraum der Ehe, nach dessen Ablauf ohne Befruchtung die Frau als steril bezeichnet werden kann, mit mindestens 3 Jahren. Rücksichtlich des Alterseinflusses auf die Sterilität bei der Verheirathung werden die Daten über den Eintritt der ersten Geburt bei diesen 556 Frauen gegeben, aus denen hervorzuheben ist, dass dieselbe nur bei 54,5% der Frauen, die sich vom 15.—19. Jahr verheirathet, in die ersten 15 Monate fiel, dagegen bei 67,4% von Frauen, die zwischen 20.—25. Jahr in die Ehe getreten waren. Bei 250 sterilen Frauen und zwar 134 kongenitaler und 107 Fällen acquisiter Sterilität, wo eine genaue Untersuchung der Sexualorgane und Erforschung der ehelichen Verhältnisse möglich war, fand K. 132mal perimetritische, perioophoritische und parametritische Exsudate (in $^4/_5$ Fällen bei acquirirter Sterilität); 55mal Obesitas nimia (K. betrachtet die bei hochgradig fetten Frauen sich häufig zeigende Amenorrhoe — 49mal unter 152 Fällen — oder M. parca — 116mal — als ein höchst wichtiges Symptom gestörter Keimbildung, ohne Amenorrhoe mit gestörter Keimbildung für gleichbedeutend halten zu wollen), 40mal Scrophulosis, 17mal chronische Metritis, 87mal chronische Endometritis, 48mal Retroflexio uteri, 6mal Anteversio uteri, 1mal Mangel des Uterus, 16mal Ut. infantilis, 7mal erworbene Atrophie des Uterus, 10mal konisch indurirte Vaginalportion, 15mal

Stenose des Orif. ext., 24mal Stenose des Cervix, 1mal acquirirte Atresie der Vagina, 2mal Dysm. membr., 5mal Persistenz des Hymen, 9mal Vaginismus, 4mal Uterusmyome, 8mal ungenügende Reflexaktion in den weiblichen Genitalien (K. hält die sexuelle Erregung des Weibes bei der Kohabitation für ein nothwendiges Glied in der Kette der Bedingungen der Befruchtung, sei es, dass durch diese Erregung auf reflektorischem Wege gewisse Veränderungen des Cervikalsekretes eintreten, welche das Eindringen der Spermatozoen in den Uterus begünstigen, sei es, dass in analoger Weise Veränderungen der Vaginalportion zu Stande kommen, welche die Weiterbeförderung des Spermas beschleunigen), 4mal gonorrhoischen Katarrh, 1mal Stenose durch ligamentäre Verwachsung. Die Fälle von männlicher Sterilität sind nicht aufgezählt, weil nicht in allen das Sperma untersucht werden konnte. Im Ganzen hatte K. 19mal Gelegenheit Azoospermie nachzuweisen.

»Die weitaus häufigste Ursache der weiblichen Sterilität,« folgert K. aus seinen Beobachtungsfällen, »liegt in Exsudatresten nach Pelveoperitonitis und nach Parametritis.«

Das Hauptgewicht der Therapie der Sterilität legt K. demgemäß nicht auf die operative Behandlung, sondern auf eine die Gesammternährung des Organismus hebende, die Blutbildung bessernde und die Resorption pathologischer Produkte in den Sexualorganen fördernde Medikation. In 2. Linie steht die lokale Behandlung. Operative Eingriffe finden nur dann Anwendung, wenn sich ganz bestimmt annehmen lässt, dass gewisse Form- und Größenveränderungen des Hymen, des Cervix, abnorme Kommunikationen der Vagina mit den Nachbarorganen, entfernbare Neoplasmen im Genitaltrakte Schuld an der Sterilität tragen, Grundsätze, die wir nur unterschreiben können. **Kroner** (Breslau).

---

## 2) **Michel.** Über die Wirkung des Staphylococcus pyogenes albus auf die Milch.

Inaug.-Diss., Würzburg, 1886.

Die Milch gerinnt durch verschiedene Ursachen:

1) Durch schwaches Ansäuern, am besten bei gleichzeitiger Verdünnung.

2) Durch Sättigung mittels Neutralsalzen ($NaCl$, $MgSO_4$).

3) Durch Metallsalze wie $CuSO_4$, $Hg_2\ Cl_2$.

4) Durch Erhöhung ihrer Temperatur, jedoch muss eine gewisse Säuremenge vorhanden sein.

5) Durch Labferment.

6) Durch Mikroorganismen (natürliche Gerinnung).

Diese Mikroorganismen wirken so, dass durch sie aus dem Milchzucker eine Säure gebildet wird, welche sekundär das Kaseïn ausscheidet. Bloß diese Säurewirkung ist bis jetzt bekannt. Ob ein Ferment direkt gebildet wird, ist noch nicht festgestellt.

Man unterscheidet eine Milchsäure- und eine Buttersäuregährung.

Die Buttersäurebacillen bringen das Kaseïn labähnlich zur Gerinnung. Diese Bacillen auf sterilisirte Milch gebracht, veranlassen unter der Rahmschicht eine Ansammlung hellerer Flüssigkeit, die täglich zunimmt. Das Kaseïn vermindert sich.

Bei der Milchsäuregährung bilden die Bakterien aus dem Milchzucker unter Entstehung von Kohlensäure die Milchsäure. In solch geronnener Milch sieht man Spalträume, die Serum und CO enthalten. Die Form des Milchsäurebakteriums ist nach Hüppe ein kurzes Stäbchen mit Sporenbildung; dasselbe theilt sich durch Einschnürung in der Mitte. Bei 35—42° C. die größte Wachsthumsenergie; unterhalb 10° C. und über 45,5° C. Aufhören derselben.

Der Pilz der Buttersäuregährung (Bacillus butyricus) bildet Stäbchen und wächst in Ketten. Bei der Sporenbildung erfährt das Stäbchen eine Verdickung (besonders in seiner Mitte).

Die in letzter Zeit entdeckten Staphylococcus pyogenes aureus, albus und citr., auf sterilisirte Milch gebracht, riefen Gerinnung der Milch hervor. Dabei fehlte Kohlensäureentwicklung (Krause). Ähnliche Versuche machte Passet mit gleichem Erfolg. Nach diesen Autoren gerinnt die Milch durch Entstehung von Milchsäure.

Verf. hat nun Untersuchungen angestellt über die Wirkung des Staph. albus.

Das Sterilisiren erfolgt in der von Hüppe angegebenen Weise, auf die wir hier nicht näher eingehen können. Der zu den Versuchen benutzte Coccus stammte aus der Brust einer Wöchnerin, die an Schrunden litt. Der Coccus wurde auf Agar übertragen und gezüchtet. Injektionen unter die Haut von Kaninchen riefen Abscedirungen hervor. Die geimpfte Milch zeigte am 3. Tage zahlreiche Kokken. Dieselben werden am besten mit der Gramm'schen Färbung kenntlich gemacht. Das Kaseïn hatte sich in allen Fällen als dicker Klumpen niedergeschlagen, darüber ein trübes Serum. Reaktion und Geruch sauer. Durch sehr komplicirte Untersuchungsmethoden gelangte Verf. zum Resultat, dass die Organismen Milch- und Buttersäure produciren und zwar aus den Eiweißkörpern oder aus Kohlenhydraten (Milchzucker). **Heilbrun** (Kassel).

---

### 3) **Rehm** (Blankenburg). Chronischer Chloralmissbrauch.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XVII. Hft. 1.)

Verf. hatte als Leiter einer Nervenanstalt Gelegenheit, Beobachtungen über den permanenten Gebrauch von Chloral zu machen und berichtet Folgendes:

Der chronische Chloralgenuss verursacht vasoparalytische Störungen, namentlich im Gebiete der Kopf- und Halsganglien. Beobachtet wurden außerdem Hauterkrankungen der verschiedensten Art, Vereiterungen und Zersplitterungen der Nägel, Gliederschmerzen, Intestinalstörungen, Ikterus.

Zu den selteneren Erscheinungen gehören eitrige und gangrä-

nöse Entzündungen der Schleimhaut des Mundes, des Rachens, des Magens, Diarrhoe, Herzstörungen, Lähmungen der unteren Extremitäten.

Pathologisch-anatomisch fanden Labbé und Goujon bei Thieren Hyperämie der Abdominalorgane. Vom Menschen ist wenig bekannt. Arndt fand das Gehirn ödematös und anämisch, woran die vasoparalytische Eigenschaft des Chlorals Schuld ist. Einige Mal wurde Fettleber konstatirt. Stübler erwähnt den Befund von lackfarbenem Blut, wobei die fibrinogene Substanz vermindert war.

Was die Wirkung des Chlorals auf die Psyche betrifft, so ist Folgendes zu erwähnen. Individuen, die nur geringe Dosen und vereinzelt nehmen, verspüren Unlust zur Arbeit, klagen über mangelhafte Funktion des Geistes. Solche, die es weiter nehmen, klagen über Verfall der Geisteskräfte, Gemüthsdepression und machen einen melancholischen Eindruck. Manche Personen werden nach Chloral unruhiger und aufgeregter. Verf. beobachtete einige Fälle, in denen sich nach Aussetzen des Medikaments die Zwangsvorstellungen milderten. Zum Schluss sind einige Experimentalarbeiten über Chloralhydrat angeführt. **Heilbrun** (Kassel).

---

4) **Le Dentu.** Technik der Nephrektomie.

(Revue de chirurgie 1886. No. 1 und 2.)

Verf. giebt uns in einer sehr fleißigen und sorgfältigen Arbeit einen werthvollen Beitrag zur Frage der Nephrektomie. Die Litteratur über dieses Thema ist in der letzten Zeit sehr angeschwollen. Immer mehr werden günstige Fälle der Nierenexstirpation mitgetheilt. Verf. hat alle bis zum Jahre 1885 bekannten Fälle benutzt. Von diesen 233 Fällen der Nephrektomie waren 111 extraperitoneal mit einer Mortalität von 36,93%, 120 intraperitoneal mit einer Mortalität von 50,83%; in zwei Fällen ist die Methode nicht angegeben. Die extraperitoneale Methode ergiebt also bis jetzt das beste Resultat.

A. Extraperitoneale Nephrektomie.

1) Lage der Kranken: Die beste Lage ist die Seitenbauchlage, welche von Bruns zuerst benutzt wurde. Simon hatte seine Pat. auf den Bauch gelegt. Diese Lage bietet einerseits Hindernisse beim Chloroformiren, andererseits fällt bei ihr eventuell die Niere nach der Bauchhöhle hin. Ein untergeschobenes festes Kissen wird den Raum zwischen 12. Rippe und Cr. ilei anspannen und die Einführung der Hand bez. der Finger erleichtern. Dieser Zwischenraum ist von sehr variabler Größe. Er kann so gering sein, dass die Resektion einer oder sogar zweier Rippen nothwendig wird. In dieser Lage stellt sich die Niere oft von selbst in die Wunde ein.

2) Thermocautère oder Bistouri?: Während der Thermokauter bei Incisionen der Niere, um eine Eiterhöhle zu eröffnen, bei Nierensteinen Vortheile bietet, so ist dies bei der Nephrektomie nicht

der Fall. Auch fehlen hierbei alle ernsthaften Blutungen. Die kleineren Gefäße werden am besten mit Arterienpincetten gefasst und unterbunden.

Es ist daher der Schnitt mit dem Messer zu empfehlen.

3) Incision bis auf die Nierenkapsel. Betreffs der Incision und des Vordringens bis zur Niere wird von den verschiedenen Operateuren auf die verschiedenste Art verfahren. Die einen wählen den kürzeren, andere wiederum den weiteren Weg. Es giebt einfache und kombinirte Methoden, gerade, schräge und krumme Schnittführung. Es würde zu weit führen, sämmtliche Methoden nach ihren Urhebern hier anzuführen und zu definiren. Simon führt den Schnitt in gerader Richtung von der 11. Rippe bis zur Crista ilei längs dem Rande des Musc. sacro-lumbalis. Die Richtung und Länge desselben richtet sich nach der Größe des Nierentumors. Schon die normale Niere zeigt bei den verschiedenen Menschen variable Größe; die Länge schwankt zwischen 10—15 cm. Die rechte Niere liegt 1—2 cm tiefer als die linke. Die Nieren liegen in der Höhe der beiden letzten Dorsal- und der beiden ersten Lumbalwirbel. Nach Pansch erreicht der untere Rand der Niere niemals die Crista ilei. In pathologischen Fällen ändern sich natürlich diese Verhältnisse. Alle Methoden der Incision haben ihre Vortheile wie Nachtheile. Auf die Gefahren bei der Operation kommen wir weiter unten zu sprechen.

4) Herausschälen der Niere oder des Nierentumors: Die Losschälung der Niere geschieht mit der Hand, jedoch langsam und mit Vorsicht, um Blutungen und Zerreißungen der weichen Substanz zu vermeiden. Sollte ein größeres Gefäß zufälligerweise zerreißen, so muss man dasselbe sofort mit einer langen Pincette fassen; sollte dies nicht gelingen, einen Tampon in die Tiefe fest einführen und möglichst schnell eine Ligatur um den Stiel legen. Bestehen Adhäsionen zwischen Niere und der umgebenden Kapsel, so ist die Herausschälung schwieriger. Sind dieselben nicht sehr gefäßreich, so kann man dieselben vorsichtig lostrennen, bei stärkeren sucht man die Niere aus ihrer Kapsel herauszuschälen. In der Regel ist die Blutung nicht sehr stark und bietet kein Hindernis zur Vollendung der Nephrektomie.

5) Stielligatur, Entfernung der Niere: Ist die Niere aus ihrer Umgebung losgeschält, so hängt sie bloß noch an den Gefäßen und am Ureter. Man zieht jetzt die Niere vorsichtig ein wenig aus der Wunde hervor. Am besten bedient man sich der Hand. Alle Instrumente, die man zur Fixirung der Niere angegeben, sind zu verwerfen. (Selbst 2 Finger allein genügen. Ref.) Den Stiel kann man sowohl durch eine Gesammtligatur unterbinden, als auch in einzelnen Partien. Ist derselbe kurz, liegt die Incision weit von der Wirbelsäule, so ist die Gesammtligatur vorzuziehen. Man kann auch den Stiel in zwei Partien unterbinden, wie es Simon und viele Andere gethan. Die Desinfektion des Ureters, welche von

Thornton ausgeführt wurde, um die Sepsis der Wunde zu verhüten, ist überflüssig. Am besten führt man die Ligatur mit einer großen Cooper'schen Nadel um den Stiel herum. (Eine stark gekrümmte Déchamp'sche Nadel ist sehr zu empfehlen. Ref.) Ob man Katgut oder Seide verwendet, ist gleichgültig. Gut ist es, dicht neben die erste Ligatur eine zweite zu legen. Um das Abgleiten zu verhüten, lässt man am besten ein Stückchen vom Nierenbecken stehen.

6) Behandlung der Wunde: Die durch Entfernung der Niere entstandene Wundhöhle kann man entweder mit Jodoformgaze (Thymolgaze) ausstopfen oder drainiren, so dass man die oberflächliche Wunde schließen kann. Sind Theile der Niere zurückgeblieben, die der Mortifikation anheimfallen, so ist es besser, eine mittelbare Vereinigung zu unterlassen. Die Höhle wird antiseptisch (Chlorzink, Karbol) ausgespült, der Stiel geätzt, die Ligaturfäden abgeschnitten und der Stiel versenkt. In die Wundhöhle werden dicke, gefensterte Drains eingeführt. Um die Drains herum wird die Wunde geschlossen. Ein fester Verband schützt die Wunde vor Druck. Diese Methode hat die besten Erfolge gegeben.

7) Zufälle bei der Operation: Eins der unangenehmsten Ereignisse während der Operation ist die Verletzung der Pleura. Außer durch direkte Verletzung der Pleura mit dem Messer, kann dieselbe spontan reißen bei partieller Resektion der 12. Rippe. Die Verletzung des Peritoneums ist nicht so gefährlich, selbst wenn Eiter in die Bauchhöhle geflossen ist. Durch sorgfältige Toilette wird die Abdominalhöhle vereinigt. Verletzungen des Colons sind sofort zu schließen, um den Austritt von Fäkalien zu vermeiden.

Bei traumatischen Verletzungen der Niere ist die Blutung zu fürchten, besonders bei primären oder sekundären Aneurysmen. In solchen Fällen sucht man sofort den Stiel mit einer starken Pincette zu fassen und die Ligatur anzulegen. Anormale Arterien müssen isolirt unterbunden werden.

### B. Trans(intra-)peritoneale Nephrektomie.

Die ersten intraperitonealen Nephrektomien sind aus diagnostischen Irrthümern gemacht worden, indem Tumoren der Leber, Uterus und der Ovarien angenommen wurden. Diese Fälle endigten sämmtlich letal. Martin (Berlin) heilte 1876 die erste Frau von einer Wanderniere.

Wie schon oben erwähnt, ist die Mortalität der intraperitonealen Methode eine weit größere als die der extraperitonealen. Desshalb ist die Nephrektomie mittels Lumbarschnitt, wo es irgend angeht, vorzuziehen. Die intraperitoneale Nephrektomie ist anzuwenden bei Wanderniere mit dünnem Stiel, bei Cysten, die in die Abdominalhöhle und bis ins kleine Becken reichen, bei großen Neubildungen, die bis zur Mittellinie reichen und sich zwischen die Blätter des Mesocolons und Mesenteriums einschieben. Zu unterlassen ist die Nierenexstirpation bei Neubildungen, die das Peritoneum bereits er-

griffen haben, bei Adhäsionen mit den großen Gefäßstämmen und schließlich bei Kindern. Einen großen Vortheil bietet die Laparotomie dadurch, dass man leichter den Hilus erreichen und die Niere der anderen Seite auf ihre Beschaffenheit untersuchen kann. Aber auch diese Vortheile sind oft zweifelhaft. Ist es doch schwierig, bei einer exstirpirten Niere zu sagen, ob sie einen Stein enthält, um wie viel schwieriger bei einer so dicht eingehüllten Niere in situ! Nach Czerny giebt es keine Methode, durch die man bestimmt die Integrität der zweiten Niere nachweisen kann. Der Katheterismus der Ureteren beim Weibe (nach Dilatation der Urethra), die Kompression derselben sind zu schwierig und gefährlich. (Durch diese Manipulation kann sogar eine Entzündung erst hervorgerufen werden. Ref.)

1) Incision der Bauchwand: Die meisten Operateure eröffnen die Bauchhöhle in der Linea alba, indem sie den Schnitt je nach Bedürfnis bis über den Nabel verlängern. Langenbuch hat zuerst die laterale Laparotomie gemacht, indem er außerhalb des M. rectus incidirte. Der Vortheil liegt hauptsächlich darin, dass man den Tumor an seinen äußersten Partien leichter herausschälen kann.

2) Freilegung der vorderen Seite des Tumors: Nach Eröffnung der Bauchhöhle muss man die Darmschlingen, die leicht vorfallen, mit Schwämmen zurückhalten. Sollten einige nicht zu reponiren sein, so werden sie in antiseptische Tücher eingehüllt. Man vermeidet das gefäßreiche Blatt des Peritoneums, um nicht zu viel Gefäße unterbinden zu müssen und dann die Ernährung in diesen Partien nicht zu stören. Ligaturen mit Katgut oder Seide.

3) Herausschälen des Tumors: Dieser Akt der Operation ist leicht, wenn keine Adhäsionen vorhanden sind, schwierig, ja oft unmöglich, wenn der Nierentumor sich bis an die großen Gefäße erstreckt, oder Darmschlingen einschließt. Desshalb ist es rathsam, so weit es möglich ist, sich vor der Operation über die Beziehungen des Neugebildes genau zu informiren.

4) Stielbehandlung: Unterbindung der Gefäße und des Ureters kann, wie oben, durch eine Gesammtligatur oder auch isolirt geschehen. Um beim Entfernen des Tumors ein Übertreten von Eiter etc. zu verhüten, ist es rathsam, zwischen zwei Pincetten oder zwei Ligaturen den Stiel zu durchschneiden.

5) Peritonealnaht, Drainage: Die Peritonealnaht muss sehr sorgfältig ausgeführt werden, namentlich wenn man den Stiel in die Wunde einnäht. Die Drainage ist bei der intraperitonealen Nephrektomie ganz überflüssig. (Auch hier würde es wohl nützlich sein, wenn auch nur kurze Zeit mit Jodoformgaze, welche man durch den unteren Wundwinkel herausleitet, zu drainiren. Die Sekrete werden leicht aufgesaugt. Ref.) Zum Schluss sind mehrere Fälle von Nephrektomie genauer beschrieben. **Heilbrun** (Kassel).

---

# Kasuistik.

## 5) Verhandlungen der Gesellschaft für Gynäkologie in Chicago.

Sitzung am 18. December 1885.

W. W. Jaggard bespricht die Achsenzugzangen, insbesondere die Tarniersche und die Modifikation jener von A. Simpson durch Breus und Felsenreich. Er kommt zu dem Schluss, dass letztere den Vorzug verdiene vor jener sowohl wie vor allen anderen Modifikationen, welche angegeben wurden.

Henry T. Byford berichtet über einen Fall von Beckenabscess. Derselbe betraf eine 25jährige Frau, von nervösem Temperament, gesund, welche seit fünf Jahren verheirathet ist und niemals geboren hat. Es bestand hochgradige Dysmenorrhoe. Die Untersuchung zeigt einen kleinen Uterus, akute Anteflexion. Durch Stifte und Glycerintampons gelingt es, die Dysmenorrhoe zu bessern. Einige Monate später erkrankte die Frau an Beckencellulitis. Das ganze Beckenzellgewebe schien in Mitleidenschaft gezogen, in der linken Regio iliaca waren große weiche Anschwellungen durch die Bauchdecken zu fühlen. Sechs Wochen nach Beginn der Erkrankung öffnet sich ein Abscess durch die vordere Wand des Mastdarmes, zwei Zoll oberhalb des Anus. Die Pat. hatte jeden chirurgischen Eingriff verweigert. Es trat Fieber ein und mannigfache Zeichen einer chronischen Septikämie. Erst jetzt wurde eine Operation gestattet. Der Sphincter ani wurde gewaltsam erweitert, die Abscessöffnung auf zwei Finger breit erweitert. Der Abscess erstreckte sich bei der Untersuchung quer durch das Becken hinter Uterus und den breiten Mutterbändern, die Höhle war angefüllt mit weichen Granulationen und durchzogen von Adhäsionen. Dieselben wurden mit dem Finger entfernt, die Höhle gründlich ausgespült und Drainage eingelegt, die vollständige Entleerung des Eiters bewirkte. Die Heilung machte gute Fortschritte, als die Kranke an Dysenterie erkrankte und starb. Bei der Autopsie zeigte sich, dass das Becken nach hinten durch eine solide Masse plastischen Gewebes ausgefüllt war, welche den Uterus nach hinten bis dicht an das Os sacrum verzogen hatte und denselben so wie die anderen Beckenorgane fest einkeilte. Beide runden Mutterbänder ragten aus der Masse hervor. Das linke breite Mutterband war in ein dickes Band verwandelt. Das linke Ovarium war nicht zu fühlen. Rechts fand sich das Ovarium mit der Blasenwand verwachsen. Das rechte Mutterband war in der plastischen Masse aufgegangen.

Christian Fenger bemerkt, dass Fälle von Beckenabscess vorkommen, in welchen die Laparotomie entschieden einer Eröffnung durch die Vagina vorzuziehen sei, besonders wenn es sich um hochgelegene peri-uterine Abscesse handelt. Hier ist es schwer, sich in die Höhe durchzuarbeiten und dazu noch im Dunkeln, wo die Gefahr vorliegt, eines der großen Uteringefäße zu verletzen, die unter solchen Verhältnissen kaum zu unterbinden sind. Alle diese Bedenken fallen bei der Laparotomie fort. Vor Allem jedoch kommt in Betracht, dass durch letztere das ganze Operationsfeld freigelegt wird. Dem entspricht auch, dass nach der Laparotomie, wie Lawson Tait angiebt, die Rekonvalescenz eine bedeutend kürzere ist, als nach einer Scheidenoperation.

Byford betont dem gegenüber, dass für die meisten Fälle das Rectum entschieden die passendste Stelle zur Öffnung sei. Eine Ausnahme bilden nur die Fälle, wo der Eiter nach der Scheide zu vordringt; sonst, so hoch auch der Abscess liegen mag, vorausgesetzt, dass er sich im Becken befindet, ist der Mastdarm vorzuziehen. Nur ist es nothwendig, den Sphincter ani hinreichend zu erweitern, selbst bis zur Zerreißung, eine recht große Öffnung anzulegen und zwar am besten mit Hilfe stumpfer Instrumente, die Höhle mit dem Finger gründlich auszuräumen, die Adhäsionen zu durchreißen, so dass das Innere möglichst glatt daliegt. Dann wird der Eiter leicht sich entleeren und leicht ausgespült werden.

E. C. Dudley macht dem gegenüber auf die große Mortalität bei Eröffnung des Abscesses in den Mastdarm aufmerksam.

Sitzung am 15. Januar 1886.

Charles Warrington Earle berichtet über einige Fälle von Hydrorrhoe bei Schwangeren. Zunächst handelte es sich um eine IIIpara, die stets gesund war.

Im dritten Monat der Schwangerschaft hatte sie zum ersten Male einen starken Wasserabfluss. Die Menge betrug etwa zwei Quart, erfolgte mit einem Male und dauerte in geringem Maße während mehrerer Tage an. Anfangs war die Flüssigkeit dünn und klar, allmählich wurde sie dicker und hatte die Farbe von schwachem Kaffee. Die Ergüsse wiederholten sich alle 2—3 Wochen, waren häufig mit beträchtlichen Schmerzen verbunden. Nach dem Erguss nahm der Leib immer bedeutend an Umfang ab, es trat Frühgeburt ein.

In einem zweiten Falle handelte es sich um eine IXpara. Die Ergüsse erfolgten zuerst im 5. Monate und dauerten bis zur Beendigung der Schwangerschaft im 7. Monate. Bei der Entbindung zeigte sich kein Liquor amnii. Dieselbe Frau hatte bei der elften Schwangerschaft ähnliche Erscheinungen.

Ein dritter Fall betraf ebenfalls eine IXpara; dieselbe hatte im 6. Monat einen starken, etwa 1 Quart betragenden Wassererguss, der sich 3 Wochen später wiederholte. Die Geburt war zur Zeit des Vortrages noch nicht erfolgt.

Anknüpfend an diese Fälle giebt E. eine Abhandlung dessen, was er in der ihm zugänglichen Litteratur über diesen Zustand gefunden hat und bespricht die differentielle Diagnose der Absonderung der hypertrophischen Cervixdrüsen, der Flüssigkeit, welche sich zwischen Chorion und Amnion sammelt, und der aus der Amnionhöhle. Die Prognose ist für die Mutter in so fern nicht gut, da dieselbe anämisch wird, für das Kind schlecht, da meistens Frühgeburt erfolgt.

In der Diskussion über den Fall werden von verschiedenen Seiten ähnliche Fälle erwähnt. Neues wird nicht beigebracht.

Doering theilt einen Fall von Hydatidenschwangerschaft mit, welcher nichts Erwähnenswerthes darbietet.

**Engelmann** (Kreuznach).

### 6) A. James Sinclair. Bemerkungen über einen Fall von Alexander-Adam'scher Operation.

(Edinb. med. journ. 1885. September und Oktober.)

S. berichtet über einen mit gutem Erfolg operirten Fall von prolabirtem Uterus bei einer 49jährigen Frau; der Uterus war leicht und beweglich, z. Th. schon atrophirt. 4 Monate nach der Operation lag derselbe, ohne Pessar, noch in guter Anteversion, nicht descendirt. Er befestigt das verkürzte Ligament jederseits durch 2 Silberdrahtnähte, die Haut, beide Ränder des äußeren Leistenringes und Ligament fassten. Ob nachträgliches provisorisches Ringtragen vortheilhaft ist, erscheint S. zweifelhaft.

In der geburtshilflichen Gesellschaft zu Edinburg, wo er den Fall vortrug, berichtet auch Halliday Croom über eine von ihm operirte Retroversion. Er hält die Auffindung des Ligaments für außerordentlich schwierig und zeitraubend, so zwar, dass er, nachdem über der Operation auf der einen Seite eine ganze Stunde verflossen war, die andere unbehelligt ließ. Nichtsdestoweniger hielt der Uterus in guter Stellung und die Beschwerden blieben beseitigt. Skene Keith hat ebenfalls 1mal operirt; stimmt mit C. in der Schwierigkeit, die Ligamente zu finden, überein; brauchte $1^1/_2$ Stunden. (Wenn seine Wunden 5 Wochen brauchten, um zu heilen, kann man sich allerdings eine Vorstellung davon machen, wie beim Aufsuchen der Ligamente mag verfahren worden sein. Ref.) Der Uterus hielt 9 Wochen in Anteversion, sank dann aber wieder zurück und wurde später an der Bauchwand fixirt.

S. hält die Auffindung des Leistenringes mit dem Finger und damit des Ligamentes nach Durchschneiden der Haut für eine Sache von größter Leichtigkeit und kann Ref. ihm hierin nach seiner Erfahrung bei einer weiteren Operation und zahlreichen Leichenversuchen ohne Fehlgehen, nur beistimmen.

**Zeiss** (Erfurt).

**7) Fleischmann** (Prag). Ein Fall von schrägverengtem Becken. (Aus der Breisky'schen Klinik.)

(Prager med. Wochenschrift 1886. No. 5.)

32jährige IVpara, hat 3mal normal geboren. Spin. 25, Crist. 28, Troch. 29,6. Der stärker nach hinten vorspringende, hintere obere Darmbeinstachel der rechten Seite stand höher und dabei der Linie der Dornfortsätze näher als der linksseitige und eben so verhielt sich der Winkel der S-Krümmung des Darmbeinkammes rechterseits gegenüber der anderen Seite. Die rechte Hüfte stand höher als die linke, die ganze rechte Gesäßgegend war auffallend schmäler und flacher als die linke. Die innere Untersuchung ergab, dass der rechte Kreuzbeinflügel gegenüber dem wohl entwickelten linken erheblich schmäler ist, doch beide dieselbe Höhe haben. Der rechte Kreuzbeinflügel geht ohne Andeutung einer Gelenkverbindung glatt in das Darmbein über, die eine Terminalis nimmt auf der rechten Seite einen überaus gestreckten Verlauf, während sie links einen starken Bogen beschreibt. Die Schamfuge ist bedeutend nach links verschoben, der rechte Sitzbeinhöcker steht höher und mehr nach einwärts als der linke.

Von der linken Spin. ant. sup. zur rechten Spin. post. sup. 22,5 cm
» » rechten » » » » linken » » » 19,3 cm
vom linken Trochanter zur rechten Spin. post. sup. 23,9 cm
» rechten » » linken » » » 20,8 cm

Der Kopf hatte sich beim Beginn der Geburt im kleinen schrägen Durchmesser, Hinterhaupt nach hinten, gestellt, um nach dem Blasensprung sich mit dem Hinterhaupt nach vorn und in den großen schrägen Durchmesser zu drehen. Es erfolgte dann auch spontan die Geburt. Wochenbett normal.

Ätiologisch ist nichts Bestimmtes eruirt worden.

**Schellenberg** (Leipzig).

**8) Valerani** (Turin). Laparotomie wegen Peritonitis.

(Gazz. delle cliniche 1885. No. 21.)

Die 33jährige Frau hatte nie geboren; sie litt seit vielen Jahren an stets recidivirenden Perimetritiden; seit einem Jahre wuchs der Unterleib, bei stetigem Fieber und Verfall der Kräfte. Umfang des Abdomen 95 cm. Flüssigkeit und unregelmäßige festere Massen waren sowohl in der Bauch- als in der Beckenhöhle nachzuweisen. Alle anderen Organe des Körpers wurden normal befunden.

Schnitt in der Linea alba. Nachdem sich etwa 2 Liter fibrinhaltiger Flüssigkeit entleert hatten, fand man große Massen einer theils festeren, theils weicheren gelatinösen Substanz, welche die Beckenhöhle ausfüllte und sich links nach oben bis zur Milz erstreckte. Es gelang, diese ganze Masse mit der Hand auszuschöpfen und die ganze Peritonealhöhle förmlich auszuschaben. Das Peritoneum war sehr verdickt mit Exsudaten bedeckt; ein großes Stück davon, welches besonders verdickt war, wurde excidirt; sodann die Peritonealhöhle mit einer auf 40° erwärmten Borsäurelösung ausgespült. Die Wunde wurde vollständig geschlossen. Da die Temperatur, welche in den ersten 5 Tagen bedeutend gesunken war, wieder bis auf 39 stieg, wurde der untere Wundwinkel wieder eröffnet und eine dicke Drainröhre 15 cm tief eingeführt. Ausspülungen mit Borsäure. Die Temperatur fiel alsogleich, um nie wieder zu steigen. Die bedeutend verkürzte Drainröhre wurde am 18. Tage entfernt. Vollständige Heilung.

**Liebman** (Triest).

**9) Mori** (Perugia). Subkutane Injektionen von Citras ferri.

(Annali di ostetricia etc. 1885. September—December.)

Bei einer an hochgradiger Anämie leidenden Schwangeren wurden nach Chiara's Methode (1%ige Lösung, 1 Spritze täglich in die Regio glutaea) mit ausgezeichnetem Erfolge diese Einspritzungen gemacht. Die Besserung trat außerordentlich rasch ein; schon nach 14 Tagen war Pat. als geheilt zu betrachten.

Bei einer zweiten Schwangeren genügten schon 8 Einspritzungen, um eine bedeutende Besserung zu erzielen.

Bei einer 54jährigen Frau, die in Folge der schlechten Nahrung und der schweren Arbeiten einen hohen Grad von Anämie erreicht hatte, trat eine erhebliche Besserung erst nach der 25. Einspritzung ein. **Liebman** (Triest).

10) **Chiara** (Florenz). Ovarialkystom mit Schwangerschaft.

(Annali di ostetricia etc. 1885. September—Oktober.)

Die 34jährige Frau hatte einmal geboren; seit 3 Monaten bemerkte sie eine Anschwellung des Bauches, welche in der rechten Regio iliaca begonnen hatte. Während der letzten 3 Monate waren 2mal kurze Zeit dauernde Genitalblutungen aufgetreten, die man als Menstruation ansprach. Vor dem Eintritt in die Anstalt hatte Pat. eine Peritonitis überstanden. Der Tumor bestand aus zwei deutlich von einander getrennten Segmenten. Man punktirte (Aspiration) den einen Tumor in der Linea alba und der Stachel kam in eine weiche, feste Masse hinein. Nun wurde der linksseitige Tumor punktirt und man gewann 400 g einer gelblichen, nicht fibrinhaltigen, eiweißarmen Flüssigkeit, spec. Gew. 1004. Einige Tage später wurde auch der rechtsseitige Tumor punktirt, man extrahirte 300 g einer kirschrothen, kolloiden Flüssigkeit. Darauf vollkommenes Wohlbefinden. Bei der Laparotomie (14 Tage später) wurde zuerst der linksseitige Tumor angestochen; nachdem etwa 300 g Flüssigkeit abgeflossen waren, bemerkte Verf., dass er den schwangeren Uterus angestochen hatte und vernähte die Punktionsöffnung durch drei Seidennähte. Der rechtsseitige Tumor (Kystom des Eierstockes mit Torsion des Stieles) hatte zahlreiche Adhärenzen mit den Wandungen und mit einer Darmschlinge, wurde aber leicht entfernt.

Am Tage nach der Operation wurde ein 28 cm langer, 540 g schwerer Fötus leicht ausgestoßen. Übriger Verlauf bis auf einen Abscess der Bauchdecken vollkommen befriedigend.

Schon bei der ersten Explorativpunktion war also die Gebärmutter punktirt worden, und es wurde nicht nur der Eingriff ganz gut vertragen, sondern es hatte sich auch das Fruchtwasser sehr bald ersetzt, da der linksseitige Tumor, der nach der Aspiration kollabirt war, nach wenigen Tagen sein früheres Volumen wieder erreicht hatte. **Liebman** (Triest).

11) **Terrier.** Über den Einfluss der doppelseitigen Ovariotomie auf die Menstruation.

(Revue de chirurgie Bd. V. No. 12.)

Unter einer Serie von 100 Ovariotomien hat T. 28mal Gelegenheit gehabt, beide Ovarien exstirpiren zu müssen, davon in 26 Fällen in einer Sitzung, 2mal in größerer (1 resp. 4jähriger) Pause, 22 Frauen genasen (21% Mortalität, von den einseitigen Ovariotomirten starben 19%).

Die 22 geheilten Fälle, die z. Th. seit Jahren in Beobachtung, resp. über die er Berichte erhalten konnte, benutzt nun T., um die Theorie von der Abhängigkeit der Menstruation von dem Vorhandensein von Ovarialgewebe zu stützen. In 14 seiner Fälle trat sofort mit der Entfernung der Eierstöcke völlige Menopause ein, darunter die 2 in 2 Tempis operirten Fälle. In drei Beobachtungen zeigte sich die Regel noch 1 oder 2mal, in 5 persistirte sie. Jedoch ließ sich in zweien der Fälle mit Sicherheit, in einem mit großer Wahrscheinlichkeit das Zurückbleiben von Resten Ovarialgewebes erweisen, so dass wohl auch für die anderen aus Analogie eine solche Annahme gemacht werden kann, obgleich T. in dem einen der Fälle die Ovarien ganz exstirpirt haben will. **Hadra** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 24.** Sonnabend, den 12. Juni. **1886.**



## Noch ein Kaiserschnitt nach alter Methode.

Mittheilung von

Sanitätsrath Dr. **Winckel** (Mülheim a/Rh.).

Zur Vervollständigung der Statistik der Sectio caesarea und gegenüber den Bestrebungen der Neuzeit die alte Methode mehr und mehr zu verdrängen, dann aber auch zum Beweise, dass die Operation keineswegs eine Domaine der klinischen Anstalten werden kann und darf, übergebe ich, wenn auch spät, den folgenden Auszug aus meinem Tagebuch der Öffentlichkeit.

Henriette Dietz, $27^3/_4$ Jahre alt, Dienstmagd, außerehelich schwanger, auf der Reise nach Bonn zur Gebäranstalt, in dem Dorfe Müllenbach, 1 Meile von meinem damaligen Wohnorte Gummersbach entfernt, von Geburtsschmerzen überrascht, begehrte am 21. Januar 1867 meinen Beistand. In der Nacht vom 17.—18. Januar sollten die Wässer abgeflossen sein und seit dieser Zeit die unsäglichsten Wehenschmerzen angedauert haben. Ich fand eine kaum 4 Fuß 4 Zoll große Person mit rachitisch verbogenen Unterextremitäten, die rechte Hüfte etwas höher als die linke stehend. Nach Aussage ihrer Mutter hatte sie erst nach dem 4. Lebensjahre das Gehen erlernt und bis dahin immer auf der Erde sitzen müssen. Sie ist offenbar in der Entwicklung sehr zurückgeblieben, seit ihrem 5. Lebensjahre aber stets gesund gewesen. Mit dem 19. Jahre traten die Menses ein. Der Fundus uteri stand sehr hoch in der linken Seite unter

den kurzen Rippen, der Kindskopf lag auf der rechten Darmbeinschaufel. Der Bauch des Kindes schien der vorderen Bauchwand der Mutter zugewendet, doch sind Extremitäten nicht zu fühlen, da der Fruchtsack sehr fest um dasselbe zusammengezogen war. Die innere Untersuchung ließ mich sofort eine Beckenenge des 4. Grades, eine Conj. vera unter 2 Zoll entdecken. Die vordere Beckenwand war nach innen gedrückt, namentlich ragte die Spina pubis dextra stark nach innen vor. Das Promontorium war sehr leicht zu erreichen, das Heiligenbein wie bei Osteomalakie nach vorn gebogen, sehr kurz, das Steißbein stark vorstehend. Der Muttermund stand über dem Promontorium, etwas nach rechts, 5groschengroß geöffnet, er war schlaff, allseitig nachgiebig, auf demselben ein Auge der Frucht fühlbar. Unter diesen Umständen konnte nur vom Kaiserschnitt Rettung erhofft werden und nachdem ich die Kreißende, welche dies selbst erwartet zu haben schien, damit bekannt gemacht hatte, eilte ich nach Hause, um die nöthigen Vorbereitungen zu treffen und meine Herren Kollegen Dr. Wiefel und Dr. Wittichen zum Beistande einzuladen. Gegen 2 Uhr langten wir zusammen bei der Kreißenden an und beide Kollegen bestätigten meine Diagnose in jeder Beziehung. Die jetzt vorgenommene Beckenmessung ergab: Entfernung der Spin. sup. ant. $10^1/_2$ Zoll, Cristae $11^1/_2$ Zoll, Trochanteren $12^1/_2$ Zoll, Conj. ext. 6 Zoll, Conj. diag. $2^1/_4$ Zoll.

Nachdem die Kreißende auf einen Tisch gelagert und chloroformirt worden war, versuchte ich vergeblich den Katheter zu appliciren, der Kindskopf war zu fest gegen den Blasenhals gepresst. Fötale Herztöne konnten wir nicht ausmitteln. Der tetanisch zusammengezogene Uterus stand in schiefer Richtung von links oben nach rechts unten, Kollege Wiefel musste demselben die Richtung der Mittellinie geben. Zwischen dem Steiß und Kopf des Kindes fühlte man eine tiefe Einschnürung. Den ca. 7 Zoll langen Schnitt machte ich in der Richtung der Mittellinie, etwas über dem Nabel beginnend, legte das Bauchfell der Länge der Wunde entsprechend bloß, öffnete vorsichtig die Bauchhöhle und drang mit kräftigen Messerzügen durch die ziemlich starke Uteruswand bis auf die Eihäute, wobei mehrere große Gefäße stark bluteten. Nachdem die Uteruswunde auf- und abwärts gehörig erweitert, schob Kollege Wiefel seine beiden Zeigefinger in den oberen und unteren Wundwinkel. Mit dem Eindringen in die Eihöhle drang eine große Nabelschnurschlinge und der linke Arm des Kindes durch die Wunde, ich umfasste desshalb sofort mit der rechten Hand den Steiß, schob die linke über den Rücken bis zum Kopfe und entwickelte allmählich ein sehr kräftiges, zwar scheintodtes, aber bald laut schreiendes Mädchen. Nachdem dasselbe abgenabelt war, reagirte der total schlaffe Uterus längere Zeit gar nicht, es blieb mir daher nur übrig, die Nachgeburt künstlich zu lösen, welches ich unter einem bedeutenden Bluterguss so schnell als möglich bewerkstelligte. Leider wurde hierdurch der Uterus nicht zu kräftigeren Kontraktionen angeregt, er blieb schlaff und stark blu-

tend, bis ich seinen Grund mit der rechten Hand umfassend, ihn kräftig auf dem Beckeneingang zusammendrückte. Nachdem ich ihn wohl 5 Minuten in dieser Lage stark komprimirt und auf die äußere Wunde ein großes Stück Eis gelegt hatte, zog er sich kräftig zusammen und da nun die Blutung völlig aufhörte, konnten wir alsbald zur Vereinigung der Wunde schreiten, welche nach alter Art, ohne Uterusnaht, mit 11 Knopfnähten, Kreuzheftpflastern und Bauchbinde bewerkstelligt wurde. In den unteren Wundwinkel wurde ein geölter Leinwandstreifen bis zum Uterus geschoben. Während der Wundnaht erwachte die Entbundene aus der Narkose und erhielt, da sie über heftige Schmerzen klagte, eine kräftige Dosis Tct. thebaica. Als wir dieselbe am Abend verließen, war ihr Befinden leidlich.

Den 23. Januar fand ich die Entbundene in sehr misslichen Umständen, sie jammerte über heftige Schmerzen in der rechten Leistengegend, der Leib war enorm meteoristisch aufgetrieben, der Urin nur mit dem Katheter abgeflossen. Gesicht sehr geröthet, heftiger Durst, Schlaflosigkeit und Kopfschmerz. Puls 96. Bauchbinde und Kompressen waren von Blut durchdrungen und mussten gewechselt werden. Ich verordnete Eispillen, Eisblase auf den Unterleib, Clysma und

Rc. Calomel 0,15
Opii pur. p. 0,02
Sacch. alb. 0,6
Mfpulv. D. d. VI. S. 2stündlich 1 Pulver.

Den 24. Januar lauteten die Nachrichten wieder günstiger. Der Schmerz hatte sich vermindert, der Leib war beigefallen, 3—4mal waren breiige Darmausleerungen erfolgt und viel Darmgase abgegangen.

Am 25. Januar fand ich die Operirte sehr gut. Sie hatte am Morgen Urin ohne Katheter entleert, der Leib ist ganz eingesunken. Stuhlgang regelmäßig, der Schmerz hat sich verloren.

Am 26. Jan. Allgemeinbefinden trefflich. Freiwilliger Harnabfluss, Bauch ganz eingesunken, Stuhlausleerung regelmäßig, der Schmerz gewichen. Die Lochien fließen per vaginam. Das Sindon ist aus dem unteren Wundwinkel gedrängt und es tritt etwas Lochialsekret aus demselben. Der ganze Verband wird abgenommen und sämmtliche Nähte bis auf die beiden untersten entfernt. Die Wunde ist bis auf den unteren Wundwinkel per primam geheilt, der Appetit ist erwacht, die Laktation in gehörigem Gange. Das linke Auge des Kindes, welches nach der Geburt stark geschwollen erschien, ist jetzt vollständig restituirt.

Von jetzt ab schritt die Genesung in erfreulicher Weise voran und wurde nur noch einmal durch Verstopfung, heftigen Leibschmerz und Meteorismus, welche einem Diätfehler zu verdanken waren, aber wiederholt durch einige Gaben Calomel c. opio beseitigt wurden, unterbrochen. Am 22. Februar konnte die vollkommen Genesene

mit ihrem prächtigen Kinde, das keine andere Nahrung als die Mutterbrust empfangen hatte, in die Heimat entlassen werden.

Dieser, beiläufig bemerkt, mein 16. Kaiserschnitt, wurde, wie oben bereits angeführt, in einem 1 Meile von meinem Wohnorte gelegenen Dorfe, in erbärmlichem, kaum genügend durch 2 kleine Fenster erhellten Bauernstübchen, welches die Familie mit benutzen musste, zu einer Zeit ausgeführt, als die Thermometrie und die Antisepsis noch in den Windeln lagen. Da der Ort nur schwer mit dem Wagen erreicht werden konnte, die nächsten Kollegen fast noch entfernter wohnten, war es bei unserer ausgedehnten, mühseligen Landpraxis unmöglich, die Operirte täglich zu besuchen und musste ich mich auf die Berichte der übrigens fleißigen und gewissenhaften Hebamme verlassen. Die Entfernung von der nächsten Bahnstation betrug damals 10—12 Stunden, die Schwangere hatte schon 5 Stunden zu Fuße zurückgelegt, als sie von Wehen und Wasserabfluss überrascht wurde. Wie wäre da ein weiterer Transport möglich gewesen?!

Ich führe dies nur an, um das Verlangen zu begründen, dass jeder und besonders der auf dem Lande allein stehende Arzt, dem Kaiserschnitt gewachsen sein muss und der Ausspruch: »die Operation sei nicht für jeden Arzt« — ein durchaus ungerechtfertigter ist. Dass die Herren Kollegen in größeren Städten für die Operation günstiger situirt, ihnen Assistenz und alle Hilfsmittel leichter zur Hand sind, ist ja nicht zu leugnen, dass aber ihre Erfolge glücklicher seien, ist noch lange nicht erwiesen.

Was die Porro'sche Methode anbelangt, kann ich die Überzeugung nicht gewinnen, dass sie weniger gefährlich und auf dem Lande, bei beschränkter Hilfeleistung, leichter ausführbar sei. Der Kehrer-sche Vorschlag, den Uterinschnitt in den unteren Abschnitt des Uterus, Querschnitt, zu verlegen, ist für mich nicht annehmbar, einmal weil er nicht Raum genug für den Durchtritt des Kindes gewährt und, wie Falk ja erfahren, einen T-Schnitt nothwendig machte, dann aber auch, weil er die Kontraktionen der Gebärmutter hemmen, wenigstens erschweren muss.

Die treffliche, erschöpfende Schrift: Der Kaiserschnitt etc. — von Sänger, für deren freundliche Zusendung ich dem Herrn Verf. herzlichen Dank schulde, überhebt mich der Aufgabe, hier auf die einzelnen Vorschläge näher einzugehen. Nur zur Ehrenrettung der alten Methode habe ich mein Scherflein beitragen wollen, ich zweifle aber keinen Augenblick, dass eine strenge, gewissenhafte Antisepsis mit erprobten Verbesserungen der Technik, die günstigen Resultate derselben noch steigern werden. Auf Grund eigener Erfahrung halte ich mich aber vorläufig noch berechtigt, dem alten klassischen Kaiserschnitt ein treuer Anhänger zu bleiben.

---

## 1) **James Murphy** (Newcastle). Die Behandlung der Placenta praevia.

(Transactions of the Northumberland and Durham med. Society.)

Auf Grund einer reichen Erfahrung bespricht M. die verschiedenen Methoden der Behandlung der Placenta praevia. Nach einer kurzen aber erschöpfenden Einleitung, in welcher er das Wesen der Erkrankung, ihre Häufigkeit, Mortalität etc. bespricht, kommt er zu dem Gegenstand seines Vortrages, der Behandlung. Zunächst wirft er die Frage auf, was soll geschehen, wenn ein Fall von Placenta praevia bestimmt diagnosticirt wurde, oder wenn auch nur der Verdacht einer solchen vorliegt? Ist es gerathen die Frühgeburt einzuleiten, oder soll der Versuch gemacht werden, die Schwangerschaft womöglich bis zu ihrem normalen Ende zu führen? Wir dürfen bei Beantwortung der Frage nicht vergessen, dass die Kranke stets in großer und drohender Gefahr sich befindet. Trotz aller Vorsichtsmaßregeln kann die Blutung in jedem Augenblick eintreten und muss eintreten, sobald die Geburt beginnt, und wir sind nicht im Stande, vorauszusehen, wenn dieser Moment eintritt, noch können wir die Größe der Blutung berechnen; häufig kommt es vor, dass dieselbe derart stark ist, dass sie verhängnisvoll wird, ehe Hilfe zur Stelle ist, oder falls dieselbe nicht mit der nothwendigen Energie und Verständnis geleistet wird. Denn zum großen Theil ist die große Mortalität auf Rechnung des Blutverlustes zu setzen. Desshalb ist es unzweifelhaft richtig, die Frühgeburt einzuleiten, sobald das Kind lebensfähig ist, in dringenden Fällen aber nicht so lange zu zögern, denn das Leben des Kindes ist bei Placenta praevia nicht in Rechnung zu setzen. Geht man in dieser Weise vor, so hat man den großen Vortheil, dass man einerseits sich den Zeitpunkt der Operation bequem wählen kann, andererseits was besonders bei dem weniger erfahrenen praktischen Arzte von hohem Werthe sein muss, kann derselbe sich bei einem erfahrenen Kollegen wirksame Hilfe und getheilte Verantwortung suchen.

Bevor M. dazu übergeht, die beste Methode der Einleitung der Frühgeburt in solchen Fällen zu besprechen, wirft er einen kurzen Blick auf die verschiedenen Methoden der Behandlung bei Placenta praevia. Es ist interessant, das Urtheil eines hocherfahrenen Mannes kennen zu lernen. Das von Guillemeau und Mauriceau empfohlene Accouchement forcé ist zu verwerfen, da es wegen unvermeidlicher Einrisse die Gefahr der Infektion, die ohnehin bei dem aufgelockerten, blutreichen Cervix eine sehr große ist, in eminenter Weise erhöht. Die Punktion der Eihäute, die gewöhnlich Puzos zugeschrieben wird, welche jedoch bereits 50 Jahre früher von Mauriceau empfohlen wurde, ist nur bei Lateralinsertionen gestattet. Bei Centralis ist sie schwierig auszuführen, aber auch bei Lateralis hat sie den Nachtheil, dass im Falle sie, wie häufig, nicht zum Ziele führt, die nothwendige Wendung dann sehr viel schwieriger wird.

Sie ist daher nur in dem einen Falle zu empfehlen, wenn bei einer Lateralis der Kopf vorliegt und gute Wehen bestehen. Die im Jahre 1844 von Simpson empfohlene Trennung der Placenta vom Uterus ist wirksam, wenn auch die Idee, von der Simpson ausging, dass die Placenta die Quelle der Blutung sei, unrichtig ist. Selbst eine theilweise Lösung der Placenta, wenn sie den Theil derselben betrifft, welcher mit dem unteren Uterusabschnitt verwachsen ist, genügt, die Blutung zum Stillstand zu bringen, vorausgesetzt, dass Uteruskontraktionen bestehen.

Was die Tamponade betrifft, welche noch immer vielfach und von bedeutenden Geburtshelfern empfohlen wird, so ist M. der Ansicht, dass ihre Tage gezählt seien, denn sie ist unwissenschaftlich im Princip und gefährlich in der Praxis, sie ist unsicher in Kontrollirung der Blutung und eine reiche Quelle der Septikämie. Die Methode von Jungbluth, den Cervix mittels Pressschwamm zu dilatiren, hat keinen Vorzug. Sie ist überflüssig, denn es wird kaum ein Fall vorkommen, in welchem es nicht bei einiger Geduld leicht gelingt, den Finger in den Muttermund einzuführen und so den Weg für Barnes Dilatator zu eröffnen.

Die beste Methode der Behandlung ist für viele Fälle die Wendung und zwar die kombinirte nach Braxton Hicks. Dieselbe hat in Frankreich und Amerika bis jetzt nur wenig Anhänger gefunden, um so mehr in den letzten Jahren in Deutschland. M. führt dann wörtlich die Beschreibung der Methode nach Lomer an, mit der Betrachtung, welche derselbe an dieselbe knüpft und mit welcher er sich einverstanden erklärt. Trotzdem hat er sich bis jetzt nicht entschließen können, seine eigene Methode zu verlassen, da ihm dieselbe treffliche Resultate gegeben und er der Ansicht ist, dass sie noch in höherem Grade im Stande ist, Blutung zu verhindern und dem Kinde eine bessere Prognose zu sichern.

Die Praxis, welche M. befolgt, besteht nicht in einer einzigen Methode der Blutstillung, sondern in verschiedenen, je nach dem Falle. In allen Fällen empfiehlt er nach dem siebenten Monat, falls die Diagnose auf Placenta praevia gestellt ist, Frühgeburt einzuleiten. Dasselbe geschieht auch bereits in früheren Monaten, falls die Blutung stark, andauernd, sich wiederholend ist. Liegt keine dringende Indikation zu raschem Eingriff vor, so sucht man sich die passende Zeit aus, in welcher man einige Stunden ungestört der Kranken widmen kann, gewöhnlich genügen zwei Stunden. Denn wenn einmal der Anfang gemacht wurde, die künstliche Frühgeburt einzuleiten, darf der Arzt seine Kranke nicht mehr verlassen, bis die Geburt beendigt ist. Wünschenswerth ist es stets, einen Kollegen zuzuziehen, sei es auch nur um die Verantwortung zu mindern. Bei der Untersuchung wird der Finger in den Cervikalkanal eingeführt, falls dies möglich ist, die Placenta losgelöst, so weit der Finger reicht und dann der Barnes'sche Dilatator eingelegt. Nur selten gelingt es nicht sogleich, den Finger hinreichend weit einzu-

führen, mit einiger Geduld wird man in schonender Weise stets zum Ziele gelangen. Ist der Dilatator eingeführt, so ist es wichtig, denselben nicht zu stark zu füllen, da sonst die Gefahr des Zerreißens nahe liegt, da es nicht möglich, den Grad der Spannung in situ zu konstatiren. Es ist daher nothwendig, sich genau vorher zu vergewissern, wie viele Spritzen die Blase fasst und diese Ziffer nicht zu überschreiten. Wenn die Blase in dieser Weise gefüllt ist, so ist ruhig zu warten, bis der Muttermund hinlänglich erweitert ist; im Nothfall wird ein zweiter Dilatator eingeführt und dann ist es von Wichtigkeit, die Placenta noch weiter abzulösen, falls dies im Anfang nicht in hinreichender Weise geschehen war und noch Blutung besteht. Ist der Muttermund vollständig erweitert, so wird eine starke Dosis Ergotin gegeben, und es ist zu überlegen, wie weiter zu verfahren ist. Ist der Sitz der Placenta marginal oder lateral und die Wehen sind ziemlich stark, so werden die Eihäute gesprengt und der Fall der Natur überlassen; oder wenn der Kopf gut im Becken steht, wird die Zange angelegt; in weitaus der größten Zahl der Fälle wird die Wendung gemacht und zwar die kombinirte und die Frucht so rasch entwickelt, als es ohne Gefahr für die Mutter geschehen kann. Da der Muttermund nun vollständig eröffnet ist, wird die Gefahr eine sehr geringe sein.

Zum Schluss giebt M. eine tabellarische Zusammenstellung seiner Fälle. Es sind deren 23, das Resultat der Behandlung ist äußerst günstig, von den Müttern starb keine einzige. Zehn Kinder wurden gerettet. Was die Lage der Frucht betrifft, so lag 20mal der Kopf vor, 2mal der Steiß, 1mal die Schulter. 16mal handelte es sich um vollständige Placenta praevia, 2mal war dieselbe marginal, 2mal lateral, 3mal partial. In 14 Fällen wurde die Wendung gemacht, 2mal die Zange angelegt, 5mal die Beendigung der Geburt der Natur überlassen. In allen Fällen hörte die Blutung vollständig auf, sobald die Placenta hinreichend gelöst war, oder blieb wenigstens ganz unbedeutend.

**Engelmann** (Kreuznach).

---

# Kasuistik.

## 2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 14. Mai 1886.

Vorsitzender: Herr Schröder, Schriftführer: A. Martin.

Die Namen der zur Aufnahme in die Gesellschaft vorgeschlagenen Ärzte werden verlesen, eben so der Bericht über die Thätigkeit der Gesellschaft in dem abgelaufenen Geschäftsjahr:

Die Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin hat im abgelaufenen Vereinsjahr 1885/86 15 Sitzungen gehalten. In diesen kamen regelmäßig zahlreiche interessante Präparate zur Demonstration und wurden dann 17 Vorträge gehalten. Davon hatten 6 einen geburtshilflichen Inhalt, einer beschäftigte sich mit Veränderungen, welche intra partum am Fötus auftraten; 10 Vorträge behandelten gynäkologische Themata. Unter diesen trat die Frage des Uteruscarcinom besonders in den Vordergrund des Interesses; allein über diesen Gegenstand ver-

breiteten sich 3 der gehaltenen Vorträge. Diese so wie die Mehrzahl aller größeren Mittheilungen an die Gesellschaft riefen eingehende, zum Theil ganze Sitzungsabende ausfüllende Diskussionen hervor.

Die Mitgliederzahl betrug zu Anfang des Berichtsjahres 142. Davon schieden aus durch Tod oder Austritt 6; es kamen hinzu 16 neue Mitglieder; damit hat die Gesellschaft am 14. Mai 1886 152 Mitglieder.

Herr Benicke beantragt, den Vorstand durch Acclamation für das neue Geschäftsjahr wieder zu wählen. Die Gesellschaft schließt sich dem an; Herr Schröder nimmt für sich und die übrigen Vorstandsmitglieder die Wahl dankend an.

I. Demonstration von Präparaten.

a) Herr Löhlein: Reichlich mannsfaustgroßes Dermoidkystom des linken Eierstocks mit derben Knochenbildungen, dichten Büscheln graublonder Haare und dickem Fettbrei, entfernt am 28. April 1886 bei einer 38jährigen Frau, deren erste Entbindung (2. December 1885) durch den Tumor ernstlich komplicirt war (cf. Centralbl. 1886 p. 142). Das Emporweichen der Geschwulst war bei verschiedenen Reduktionsversuchen nicht erfolgt und L. hatte sich bereits vorbereitet, die Ovariotomie inter partum zu machen, falls der Tumor nach der Eröffnung der Bauchhöhle sich aus dem kleinen Becken emporbringen ließe, im anderen Falle die Sectio caesarea. Denn die Konsistenz des Tumors, deren Ursachen ja jetzt zu Tage liegen, ließ bereits damals von einer Punktion desselben vom Scheidengewölbe aus absehen, da der mechanische Erfolg hierbei zweifelhaft, die Gefahr der Infektion dagegen recht erheblich gewesen wäre. Glücklicherweise gelang schließlich in tiefer Narkose bei linker Seitenlage die Reduktion.

Immerhin würde gerade dieser Fall für die Ausführung der Ovariotomie in der Schwangerschaft unter analogen Verhältnissen sprechen.

b) Herr J. Veit legte ein Präparat vor, das eine in der Rückbildung begriffene Tubenschwangerschaft darstellt. Dasselbe stammt von einer Frau, die einmal vor 2 Jahren entbunden war, jetzt am 17. Januar die letzte Regel gehabt hatte und seit dem 6. März an Blutungen mäßigen Grades litt. Seit Anfang April wuchs unter der Beobachtung von V. ein linksseitiger Tubentumor, der sich auffallend weich anfühlte. Trotz des Blutabganges und der dadurch naheliegenden Wahrscheinlichkeit des Endes der Schwangerschaft entschloss sich V. doch zur Laparotomie, weil der Tumor sich deutlich vergrößerte. Die Operation bot keine Schwierigkeiten, es fand sich in der Tube ein taubeneigroßes Coagulum, das an einer Stelle der Tube fest aufsitzend und Chorionzotten enthaltend das in eine sog. Blutmole umgewandelte Ei darstellt. In der Umgebung des abdominalen Endes der Tube reichliches Blut in Adhäsionen und ein kleincystischer Tumor des Ovarium von gleicher Größe wie das Schwangerschaftsprodukt.

Rekonvalescenz ganz ungestört.

Herr V. betont die Schwierigkeit der Diagnose zwischen wachsender Tubenschwangerschaft und einer solchen in der Rückbildung, die etwa durch Blutung in dieselbe sich vergrößert. Zweifellos ist auf die Symptome von Seiten des Uterus ein großer Werth zu legen.

Herr V. legt ferner einen Tubo-Ovarialtumor vor, bei dem ein Pyosalpinx durch eine nur stecknadelkopfgroße Öffnung mit einem eitererfüllten Ovarialtumor von Hühnereigröße zusammenhängt. Die Operation desselben, wegen schwerer Erscheinungen gemacht, bot zwar große Schwierigkeiten dar, verlief aber übrigens günstig.

d) Herr Gottschalk demonstrirt einen Uterus, welchen Herr Dr. Landau wegen Carcinom der Vaginalportion vor 9 Tagen per vaginam exstirpirt hat. Das Präparat stammt von einer 32jährigen Frau, die 2mal ausgetragen geboren und vor 7 Monaten 1mal abortirt hat. Die Periode war seitdem regelmäßig, etwas profus, jedoch niemals ausgeblieben. Seit 5 Wochen klagt Pat. über übelriechenden, jauchigen Ausfluss und Blutungen; sie war in letzter Zeit sehr stark abgemagert und heruntergekommen. Bei der Untersuchung ließ sich konstatiren, dass der Uterus etwa dem Beginn des 2. Schwangerschaftsmonates entsprechend vergrößert war und jenes, für Gravidität so charakteristische weiche, teigige Gefühl darbot, dass die Diagnose auf Schwangerschaft wohl mit der größten Wahrschein-

lichkeit gestellt werden konnte. Die Vaginalportion erschien im Speculum exquisit suspekt auf Carcinom; die mikroskopische Untersuchung, welche vor der Operation vorgenommen wurde, rechtfertigte diesen Verdacht, indem sie ergab, dass es sich allerdings um ein Cancroid der Vaginalportion handelte. Von der supravaginalen Amputation wurde in diesem Falle aus zwei Gründen Abstand genommen: 1) weil auch das Carcinom der Vaginalportion gerade am graviden Uterus in der Narbe nach der supravaginalen Amputation leicht recidivirt; 2) weil der durch die Operation mit Sicherheit eingeleitete Abortus den normalen günstigen Heilungsprocess hätte stören können.

Die Operation selbst verlief glatt, der Uterus wurde mittels des von Brennecke angegebenen Instrumentes, das sich in diesem Falle gut bewährte, heruntergezogen; der Uterus war sehr blutreich, so dass es bei der Umschneidung des vorderen Scheidengewölbes bereits heftig blutete, die A. uterinae waren in ihrem Lumen sehr erweitert. Der Uterus wurde nicht nach hinten umgestülpt, sondern in situ herausgenommen.

Der Operirten geht es sehr gut, sie hat heute am 9. Tage nach der Operation normale Temperatur und einen guten Puls.

Das Präparat nun bietet abgesehen von dem Carcinom noch ein zweifaches wesentliches Interesse dar: Zunächst können wir an ihm die Veränderungen studiren, welche der Uterus gerade in der frühesten Zeit der Gravidität erfährt; dann aber — und das ist ja so enorm selten — zeigt es uns ein, etwa der 5. Woche angehörendes, frisches Ei in situ in einem Uterus, welcher direkt der Lebenden entnommen ist. Der Vortr. hat den Uterus mittels des Henle'schen Frontalschnittes eröffnet, so ist es ihm geglückt, das in der vorderen Uteruswand eingebettete Ei intakt zu erhalten. Das Ei füllt die Uterushöhle, in der sich kein Blut befand, noch nicht ganz aus, sondern lässt oberhalb des inneren Muttermundes noch einen Raum frei; die sehr dicke Decidua vera hebt sich von der stark verdickten Uteruswand deutlich ab und endigt am Orific. int. mit einem unregelmäßig gezackten Rande; sie ist natürlich noch vollständig von der dünneren Decidua reflexa getrennt; zwischen Decidua vera und reflexa, deren Übergang in einander besonders am oberen Eipole sehr deutlich hervortritt, befand sich etwas Schleim. Das Ei inserirt in der Nähe der linken Tube, deren Schleimhaut, so weit sichtbar, an der Wucherung der Uterinschleimhaut Theil nimmt. Wahrscheinlich ist das Ei wohl durch diese linke Tube in den Uterus eingewandert. Die mikroskopische Untersuchung, so wie die genaue Beschreibung des Präparates muss sich der Vortr. noch vorbehalten.

e) A. Martin legt einen vaginal exstirpirten Uterus vor, der ein exquisites Beispiel von carcinomatösem Knoten im Cervix zeigt. Pat., 40 Jahre alt, hatte seit etwas über 4 Monaten blutige Abgänge auch in der intermenstruellen Zeit. Bei der Untersuchung fand sich der Saum des äußeren Muttermundes gut erhalten; im Cervikalkanal wurde der von der hinteren Wand ausgehende Knoten gefühlt. Die Umgebung des Collum war durch Narbenmassen verzogen, welche die Exstirpation sehr erschwerten.

An dem Präparat reicht makroskopisch die Neubildung nur bis dicht an das Orific. int. Mikroskopisch finden sich Ausbreitungsspuren bis über diese Grenze hinaus, auch in das Corpus.

Die Rekonvalescenz verläuft normal.

f) Herr M. Hofmeier demonstrirt zunächst eine Serie von Carcinompräparaten der verschiedenen Abschnitte des Uterus, die er während der Abwesenheit von Herrn Schröder zu gewinnen Gelegenheit hatte. Es waren zwei mit der supravaginalen Excision behandelte Fälle von Cancroid der Portio; ein Fall von Carcinom der Cervixschleimhaut mit Pyometra in Folge von Knickung am inneren Muttermund. Es ist hier bemerkenswerth, dass sich der fast faustgroße und schlaffe Uterus nach seiner Entleerung und Ausspülung ungemein wieder kontrahirt hatte, so dass er jetzt ganz außerordentlich dickwandig erschien. Es wurde hier die Totalexstirpation per vaginam gemacht. Ferner zwei Präparate von Carcinom des Uteruskörpers, die beide durch die mikroskopische Untersuchung festgestellt waren.

In dem einen Fall wurde der Uterus per vaginam total exstirpirt, in dem anderen wegen eines gleichzeitig vorhandenen Ovarialtumor und allseitiger perimetritischer Verwachsungen die supravaginale Amputation des Uteruskörpers durch die Laparotomie. Nach Ausschälung des allseitig verwachsenen Ovarialtumors und des eben so verwachsenen Uterus gelang die Amputation ohne vorherige elastische Konstriktion. Der Stumpf des Cervix wurde mit dem Thermokauter ausgebrannt, ausgeschnitten und vernäht. Bei allen Operirten mit Ausnahme der letzten trat ziemlich ungestörte Heilung ein; auch im letzten Fall war der örtliche Verlauf sehr gut, aber in Folge ausgedehnter Abscedirung trat eine vollständige Dehiscenz der Bauchnarbe ein, die noch nicht ganz beseitigt ist.

Sodann demonstrirt H. zwei Tubenpräparate ebenfalls von zwei Laparotomien stammend. In dem einen handelte es sich um einen doppelten Hydrosalpinx mit seit 7 Jahren bestehender Sterilität und heftigen zunehmenden Schmerzen, besonders zur Zeit der Menses. Im anderen Falle um eine Tubenschwangerschaft aus dem 2. Monat. Die Diagnose war in Narkose ziemlich gut zu stellen. Nur der Uterus war nicht vergrößert, die Operation aber jedenfalls einfach. Es zeigte sich bei der Operation schon eine beträchtliche Menge flüssigen Blutes in der Bauchhöhle, aus einer kleinen rupturirten Stelle herrührend. Der ungeheuer blutreiche Tubensack ließ sich dann leicht aus den Adhäsionen schälen und mit dem Ovarium in der gewöhnlichen Weise abbinden. Die Gefäßentwicklung war eine ungeheure.

In beiden Fällen ziemlich ungestörte Rekonvalescenz.

g) Herr Schröder zeigt ein Myom von Straußeneigröße, welches im Collum entstanden, bis in die Vaginalportion hinabreichte und sich fast in ganzer Ausdehnung im Beckenbindegewebe entwickelt hatte. Die Ausschälung ging ohne erhebliche Blutverluste von statten.

Ferner demonstrirt Herr Schröder ein Scheidencarcinom, welches er mit einem großen Theil des Scheidenrohres und einem bis an das Collum reichenden Lappen ausgelöst hat. Die Pat. war 2 Jahre zuvor mit einem Carcinom des Harnröhrenwulstes zur Behandlung gekommen. Dasselbe wurde ausgeschnitten und die Wundfläche mit dem Pacquelin verschorft. Es entwickelte sich nach Losstoßung des Ätzschorfes eine Blasenscheidenfistel, die durch eine nachfolgende Operation geschlossen wurde. Nach 2jährigem Gesundsein ist in der hinteren Scheidenwand das hier vorliegende Carcinom aufgetreten.

h) Herr Flaischlen demonstrirt zuerst einen Uterus, den er vor einiger Zeit durch die vaginale Exstirpation entfernt hat. Es handelte sich um ein schon vorgeschrittenes, sehr voluminöses Carcinom des Cervix. Die Portio war außerordentlich verdickt, so dass F. zuerst die Carcinommassen mit dem scharfen Löffel entfernte, um Raum zu gewinnen und dann einige Tage danach die Totalexstirpation vornahm. Letztere war durch alte perimetritische Verdickungen des linken Lig. lat. hochgradig erschwert. Trotzdem es zu lebensbedrohenden Blutungen während der Operation gekommen war, genas Pat. reaktionslos. Letztere, welche durch langdauernde Blutungen vor der Operation sehr heruntergekommen war, hat sich in kurzer Zeit außerordentlich erholt.

2) legt F. einen Uterus vor, den er ebenfalls durch die vaginale Totalexstirpation entfernt hat. Bei der Untersuchung der Trägerin dieses Uterus lag ein anscheinend ganz im Beginn begriffenes Cervixcarcinom vor. Im Speculum erschien die Portio ganz normal, nur an der linken Ecke des Orific. ext. befand sich ein verdächtiges rinnenförmiges kleines Ulcus. Probeexcision und Mikroskop ergaben die Diagnose Carcinom. Da die Kranke schon längere Zeit an profusen Blutungen gelitten hatte und das Corpus uteri sehr dick erschien, so nahm F. mit der Probeexcision zugleich die Auskratzung der Uterusschleimhaut vor. Die mikroskopische Untersuchung des letzteren ergab Endometritis, einzelne Stückchen jedoch boten entschieden das Bild des Carcinoms. Darauf hin entschloss F. sich zur Totalexstirpation.

Trotzdem das Corpus uteri ungewöhnlich groß war, gelang die Umdrehung und Herauswälzung des Uterus relativ leicht. F. glaubt, dass dies dadurch bedingt wurde, dass er nach provisorischer Umstechung der Parametrien die Basis

der Lig. lata von unten her möglichst hoch durchschnitt, bevor er die Umdrehung des Uterus vornahm. Die Kranke ist, nachdem sie eine Peritonitis durchgemacht hat, genesen.

An dem Präparat erkennt man, dass der größte Theil der Portio intakt ist. Das Carcinom sitzt in der linken Hälfte des Cervix und erstreckt sich in sinuösen Gängen nach oben, ohne jedoch die Höhe des Orific. int. zu erreichen. Die Cervixschleimhaut ist größtentheils intakt. Die Schleimhaut des Corpus ist nur entzündlich verändert. Dass F. beim Auskratzen auch carcinomatöse Stückchen erhielt, ist dadurch zu erklären, dass er mit dem scharfen Löffel Theile des an einer Stelle nach dem Cervikalkanal durchgebrochenen Carcinoms mit entfernt hat. Weder durch bimanuelle Untersuchung: noch durch die Sonde ließ sich hier feststellen, wie weit das Carcinom reichte. Es hätte in diesem Falle wohl die supravaginale Amputation zur radikalen Entfernung des Carcinoms genügt; es zeigt aber weiter dieses Präparat als Paradigma für eine große Reihe von Fällen, dass gerade beim Carcinom des Cervix die Entscheidung außerordentlich schwer sein kann, ob im gegebenen Falle die supravaginale Amputation, oder die Totalexstirpation vorzunehmen ist.

3) zeigt F. einen Cervix, den er wegen eines Cancroids der vorderen und hinteren Lippe durch die supravaginale Amputation entfernt hat. Die Diagnose wurde hier erst durch das Mikroskop sichergestellt. Auf dem Durchschnitt des Präparates kann man sehr gut beobachten, wie das Cancroid sich über die ganze hintere Lippe bis zur Scheide hin erstreckt, während es nach oben zu nur sehr wenig sich ausbreitet, so dass es als ganz schmale Zone erscheint. Die Kranke ist genesen.

II. Herr Schröder: Über die allgemeine nicht infektiöse Peritonitis.

Der Vortr. hebt zunächst hervor, dass man bei Ovariotomien verhältnismäßig häufig auf allgemeine Peritonitiden trifft, die so gut wie gar keine Symptome gemacht haben, bei denen jedenfalls die Symptome, die man als charakteristisch für allgemeine Peritonitis ansieht, vollkommen gefehlt haben, in denen das Allgemeinbefinden gar nicht getrübt und der Puls normal war.

Mit der Annahme, dass es sich hier um chronische Peritonitiden handle, kommt man nicht aus, da in manchen Fällen die Anamnese ergiebt, dass die Erkrankung erst kurz vorher akut aufgetreten ist und da oft genug die Zeichen der frischen allgemeinen Peritonitis gefunden werden.

Man muss desswegen die Frage aufwerfen, woran liegt es, dass einmal die allgemeine Peritonitis so schwere Symptome macht und regelmäßig mit dem Tode endet und dass in den anderen Fällen Krankheitserscheinungen fast vollkommen fehlen und die Erkrankung keinen gefährlichen Charakter hat.

An dem anatomischen Verhalten der Peritonitis liegt dies offenbar nicht, da man in diesen Fällen (abgesehen vielleicht von rein eitrigen Exsudaten) alle die Formen der Peritonitis in ausgesprochenem Maße trifft, wie man auch bei der perniciösen Peritonitis an der Leiche sieht: mäßige Injektion des Peritoneum mit geringen Mengen trüber ascitischer Flüssigkeit bis zur reichlichen Vascularisation des Peritoneum parietale und viscerale und Ansammlung eines starken, trüben Exsudates. Ja, oft ist der ganze Darm braunroth und flockig belegt, wie bei incarcerirten Hernien: Das Exsudat wird sehr gewöhnlich stark fibrinös, so dass sich dicke Fibrinschwarten auf den sämmtlichen Baucheingeweiden bilden, bis hoch auf die Leber hinauf.

Ätiologisch sind wir über die Entstehung der allgemeinen septischen Peritonitis hinlänglich unterrichtet; wir wissen, dass dieselbe entsteht, wie gewisse Formen von Mikroorganismen in die Bauchhöhle gelangen; mag das direkt nach einer Verwundung geschehen, oder, wie beim Puerperalfieber, indirekt durch Fortkriechen im subserösen Bindegewebe.

Fragen wir nun, unter welchen Umständen kommt es zu der allgemeinen gutartigen Form der Peritonitis, so kommt dieselbe dem Gynäkologen fast ausschließlich zu Gesicht bei Ovarialtumoren und zwar:

1) nach Ruptur einzelner Cysten, die vielleicht noch etwas häufiger ohne

Reaktion auf das Bauchfell bleibt, in vielen Fällen aber auch eine ausgesprochene Peritonitis hervorruft;

2) nach Torsionen von Ovarialgeschwülsten;

3) bei entzündeten Tumoren, für deren Entzündung ein Grund sich nicht finden lässt.

Fragen wir, wodurch sich diese Entstehungsursachen von den bei der septischen Peritonitis unterscheiden, so fällt sofort auf, dass sich diese Form der Peritonitis bei vollkommen abgeschlossener Bauchhöhle und ohne Zutritt von Infektionsträgern bilden; es ist desswegen von vorn herein anzunehmen, dass es sich um gutartige, nicht durch die bekannten pathogenen Mikroorganismen bedingten Entzündungen handelt. Freilich wissen wir, dass diese gutartigen Entzündungsformen lokalisirt bleiben, während den infektiösen Entzündungen in eminentem Grade die Tendenz zur Weiterverbreitung eigen ist; daher kommt es, dass auch von der kleinsten inficirten Wunde des Peritoneum aus sich in kürzester Frist die allgemeine Peritonitis entwickelt, daher muss es aber auch auffallen, dass auch die gutartige Peritonitis eine allgemeine sein kann.

Zu erklären ist dies so: lokale einfache Reize machen lokale Entzündung, eine allgemeine Peritonitis entsteht bei nicht infektiösen Reizen nur dann, wenn dieselben auf das ganze Peritoneum wirken. Wenn man von seltenen Fällen absieht, in denen wahrscheinlich vom Blut aus gutartige Reize chronische Entzündung des ganzen Peritoneum hervorbringen (der Vortr. erwähnt solche Fälle von pseudotuberkulöser und selbst pseudocarcinomatöser Erkrankung des Peritoneum mit dem Ausgang in Heilung nach der Probeincision), so treffen gutartige Reize das ganze Peritoneum, wenn sie in flüssiger Form in die Bauchhöhle gelangen, wie das besonders klar bei Rupturen von Ovarialcysten hervortritt. Wenn der Inhalt derselben entzündungserregend wirkt, so wirkt er, da er durch die Peristaltik der Därme überall hin verschmiert wird, auf dem ganzen Peritoneum entzündungserregend. Bei Torsionen ist dies häufig anders; wenn der torquirte Tumor entzündungserregende Eigenschaften bekommt, so bilden sich in der Regel adhäsive Entzündungen mit allen Organen, an die er grenzt; ist aber die Exsudation von vorn herein eine starke, so wird das entzündungserregende Exsudat in die Bauchhöhle ergossen, und erregt, weil es ebenfalls überall hin verschmiert wird, eine allgemeine Peritonitis. Eben so ist der Vorgang, wenn der Tumor aus anderen uns noch unbekannten Gründen (Embolie, Thrombosen?) sich entzündet.

In praktischer, auch in therapeutischer Beziehung kommt diesen beiden Formen der allgemeinen Peritonitis eine ganz verschiedene Bedeutung zu. Dass die gutartigen allgemeinen Peritonitiden verhältnismäßig leicht durch die Laparotomie zu heilen sind, wissen wir seit langer Zeit; wenn auch die Prognose der mit allgemeiner Peritonitis komplicirten ovarialen Tumoren eine nicht unerheblich schlechtere ist, als die der unkomplicirten.

Die beiden Formen mit Sicherheit zu unterscheiden, ist jedenfalls nicht leicht; besonders hervorzuheben ist, dass in seltenen Ausnahmefällen auch die gutartige Peritonitis ganz ähnliche Erscheinungen macht, wie die septische.

Der Vortr. zergliedert die Symptome derselben und hebt hervor, dass die wichtigsten derselben, die der akuten Sepsis, der Intoxikation durch Ptomainverbindungen sind. Es scheint, als ob ausnahmsweise auch ohne Mikroorganismen im Inhalt großer Ovarialcysten Ptomainverbindungen sich bilden können, die, wenn sie nach Ruptur der Cyste plötzlich vom Peritoneum aus resorbirt werden, genau das Bild der akuten septischen Peritonitis geben. Der principielle Unterschied dieser Form von der eigentlich septischen ist der, dass es sich hier nur um eine Intoxikation handelt, dass also, wenn die toxischen Substanzen entfernt sind, die Kranke im Princip geheilt ist, während bei wirklicher Sepsis die Mikroorganismen, die nicht annähernd gründlich zu entfernen sind, die deletären Vorgänge unterhalten. Die Frage spitzt sich also dahin zu, ob es sich um infektiöse durch Mikroorganismen bedingte Peritonitiden handelt, oder nicht; eine Entscheidung, die nur durch direkte Untersuchung auf Bakterien zu führen ist.

Ausdrücklich muss man hervorheben, dass der üble Geruch nicht für den Ge-

halt an Mikroorganismen zu verwerthen ist; es sind Fälle genug bekannt, in denen furchtbar stinkender Eiter aus Tuben oder Ovariensäcken reichlich in die Bauchhöhle floss und die Operirten trotzdem eine glatte Rekonvalescenz durchmachten. In zwei derartigen, in der Universitätsfrauenklinik beobachteten Fällen wurde der Nachweis geführt, dass das furchtbar stinkende Sekret mikroskopisch keine Mikroorganismen enthielt und dass die Kulturen nicht angingen. Es brauchen also auch in stinkenden Sekreten keine Infektionsträger zu sein, sei es, dass sie ursprünglich darin gefehlt haben, sei es, dass sie erst später in ihnen zu Grunde gegangen sind.

Es leuchtet ein, welchen principiellen Unterschied für die operative Therapie dies macht.

Der Vortr. hat schon in der Januarsitzung 1879 der Gesellschaft 5 Fälle vorgelegt, in denen er bei infektiöser Peritonitis aus therapeutischen Gründen die Laparotomie gemacht hat; dieselben sind alle ungünstig verlaufen, während die Laparotomie bei der nicht infektiösen allgemeinen Peritonitis, selbst wenn dieselbe mit Intoxikationssymptomen einhergeht, eine ganz gute Prognose bietet.

---

### 3) Korrespondenzblatt des Verbandes der schlesischen Ärztevereine. Breslau 1886. No. 15.

Goetsch (Slawentzitz) stellt eine Pat. vor, die vor $2^1/_2$ Jahren am Ende ihrer zweiten Gravidität ausglitt und auf einen Stein mit der linken Bauchseite fiel. Pat. konnte sich nicht erheben und musste ins Bett getragen werden. Es trat eine allgemeine Peritonitis ein, die nach 14 Tagen heilte. Der starke Leib war plötzlich eingesunken, ohne dass der Abgang von Fruchtwasser beobachtet worden war. Die Kindsbewegungen hatten bald nach dem Fall aufgehört, Wehen traten ein und Blutabgang. Nach 8 Tagen sistirten die Wehen, während die Blutung anhielt. Als G. die Pat. zuerst sah, konstatirte er eine Extra-uterin-Schwangerschaft; Kind lag quer, Kopf links, alle Theile deutlich unter den Bauchdecken zu fühlen. Nach G.'s Ansicht waren durch den Fall die Eihäute geplatzt und die Frucht in die Bauchhöhle getreten. Das Fruchtwasser war resorbirt. Wegen Mangels an Schmerzen und Beschwerden wurde von einer Operation Abstand genommen. Menstruation regelmäßig, alle 4 Wochen. 2 Jahr 3 Monate später stellte sich Pat. zur Operation vor, da sie jetzt arbeitsunfähig sei.

Unter dem vorliegenden Netz lag das Kind. Nach hinten unten war das Netz mit dem Bauchfell adhärent, so dass es nicht über die Frucht geschoben werden konnte. Am Knie wurde die Frucht extrahirt; dieselbe war ausgetragen und vollständig geruchlos. Placenta nicht mehr zu finden; an ihrer Stelle fühlte man an der vorderen Uteruswand eine feste organisirte Masse. Bauchwunde geschlossen, bis zur untersten Stelle, wo ein Drain eingeführt wurde. Der Verlauf war günstig.

Wagner (Königshütte) demonstrirt von ihm exstirpirte Ovariencysten. Eine 40jährige Virgo litt seit einem Jahre an einem Ovarialtumor. Trotz ihres schlechten Gesundheitszustandes Operation, nach der die Pat. sich vollkommen erholte. Die Cyste ist eine Dermoidcyste mit starker Wandung, schmierigen Inhalt, in dem einzelne Büschel Haare zu sehen sind.

Das zweite Präparat ist ebenfalls ein Dermoid, welches ohne flüssigen Inhalt 16 Pfund wog. Außer Haaren enthielt dasselbe unregelmäßig geformte Knochenplatten. Der Tumor stammt von einem 18jährigen Mädchen mit unregelmäßiger Menstruation, bei dem erst seit 2 Jahren ein Stärkerwerden des Leibes bemerkt wird. Laparotomie, glatte Heilung.

Beim dritten Fall handelt es sich um eine 56jährige Frau, die seit 8 bis 10 Jahren eine Zunahme ihres Leibes bemerkte und alle möglichen Beschwerden hatte. Die Untersuchung ergab einen im Becken festsitzenden bis an den Thoraxrand reichenden Tumor von höckriger Beschaffenheit. Bei der Laparotomie mussten die Cysten einzeln angestochen werden, um den ganzen Tumor hervorzuwälzen; Adhäsionen mit Katgut unterbunden. Ein Stiel ist nicht aufzufinden. Der Tumor

sitzt breit auf der rechten Beckenseite. Breite Verwachsungen mussten gelöst und die Harnblase vorsichtig getrennt werden. Adhäsionen mit dem Uterus werden mit Pacquelin getrennt. Jetzt fand man noch eine kindskopfgroße Cyste im kleinen Becken, die durch einen dünnen Stiel mit der vorigen Geschwulst zusammenhing. Die neue Cyste saß vollkommen verwachsen im kleinen Becken, so dass ihre Herausschälung unmöglich erschien. Desshalb wurde sie incidirt und mit den Bauchdecken vernäht und drainirt. Dauer der Operation $1^1/_2$ Stunde. Nach der Operation Collaps, Tod nach 10 Stunden. Sektion nicht gestattet. Cyste ist ein proliferirendes Cystom, welches carcinomatös entartet war. Mikroskopisch ist die Struktur des Medullarcarcinom zu erkennen.

Eine 21jährige Dame hatte seit Jahren ein Stärkerwerden ihres Leibes bemerkt, ohne Beschwerden zu empfinden. Menses regelmäßig. Erst in den letzten 14 Tagen traten so heftige Schmerzen auf, dass Pat. das Bett hüten musste. Befund: Anämisches Aussehen, Puls klein, am Herzen anämische Geräusche, Temp. 39 bis 40°, Leib sehr druckempfindlich, so dass eine genaue Untersuchung nicht möglich ist. Eine Probepunktion ergab chokoladefarbige Flüssigkeit. Jedenfalls Achsendrehung mit Blutung in die Cyste. Die Entfernung war leicht. Sorgfältige Peritonealtoilette. Post operationem Fieberabfall, ohne dass die Temperatur wieder anstieg. Nach 14 Tagen Heilung. Geschwulst eine gewöhnliche Ovarialcyste.

Wagner (Königshütte). Eine 35jährige Kranke hatte vor 1 Jahr ihre Menses verloren, war aber seitdem allmählich stärker geworden, glaubte sich schwanger und hatte sich, als sie nicht niederkam, ins Krankenhaus aufnehmen lassen. Hier war der Uterus leer gefunden, dagegen freier Ascites. Durch eine Punktion wurde eine große Masse einer eiweißhaltigen Flüssigkeit entleert. Jetzt fühlte man einen Tumor, der als Frucht mit den einzelnen Theilen imponirte. Nach einer späteren 2. Punktion derselbe Befund. Diagnose: Extra-uterin-Schwangerschaft, zumal da sich Pat. selbst für schwanger hielt. Bei der Laparotomie zeigte es sich, dass die Massen, die als Kindestheile betrachtet worden waren, carcinomatöse Tumoren des Netzes waren. Die ganzen Beckenorgane und Peritoneum waren mit kleinen Knoten besetzt, Mesenterialdrüsen hart und stark geschwollen. Von einer Operation konnte keine Rede sein. Pat. ging später zu Grunde. Die Diagnose ist in solchen Fällen oft sehr schwer zu stellen, doch bringt die Eröffnung der Bauchhöhle keinen Schaden. **Heilbrun** (Kassel).

### 4) **Ramos** (Brasilien). Über die Faradisation des Uterus als hämostatisches Mittel.

(Bullet. général de thérapeutique 1886. No. 1.)

Es betrifft eine Kranke von 30 Jahren, welche 3 Kinder geboren hatte. Zuletzt hatte sie abortirt (vor 3 Monaten), worauf eine schwache aber permanente Uterinblutung eintrat. R. dachte an zurückgebliebene Placentarreste, aber eine genaue Untersuchung ergab nichts Derartiges, kein Tumor oder Polyp des Uterus war zu konstatiren. Alle gebräuchlichen Mittel wie Ergotin, Liquor ferri, Tamponade brachten keine Besserung. Die Blutung bestand fort. Auch heiße Irrigationen schlugen fehl. Die Kranke kam immer mehr herab. Als äußerstes Mittel versuchte Verf. die Elektricität. Ein Pol wurde auf das Abdomen oberhalb der Symphyse aufgesetzt, der andere direkt an das Collum gelegt. Die Pat. hatte Schmerzen, aber nach 5 Minuten sistirte die Blutung. Drei Tage später trat dieselbe wieder ein, um nach nochmaliger Applikation dauernd zu verschwinden. Unter einer tonisirenden und hydrotherapeutischen Behandlung erholte sich die Kranke vollkommen.

Schon Apostoli hat die Faradisation des Uterus empfohlen gegen Metritis und Lageveränderungen. Es werden also auch am nicht graviden Uterus durch den elektrischen Strom Kontraktionen ausgelöst. **Heilbrun** (Kassel).

### 5) **M. Anders.** Ein Fall von Uterusfibrom mit tödlichem Ausgang.

(Polyclinic 1885. No. 4.)

46jährige, früher gesunde Frau, litt seit einem Jahre an profusen Menorrhagien. Die Untersuchung ergab ein in der hinteren Wand sitzendes, enteneigroßes, sub-

muköses Fibrom. Ergotin und Chinin wurde innerlich gegeben, außerdem 2mal in der Woche Tanninglycerintampons eingelegt. Bei 2monatlicher Behandlung Verkleinerung des Tumors, Abnahme der Blutung, Besserung des Allgemeinbefindens. Nach völligem Wohlbefinden plötzliches Auftreten von Leibschmerzen wehenartiger Natur, Schmerzhaftigkeit der Uterusgegend bei äußerer Palpation, putrider Ausfluss. Temperatursteigerung auf 40° nach Schüttelfrost. Untersuchung ergab, dass der untere Theil der Geschwulst in Zerfall begriffen. Ergotin ausgesetzt, an dessen Stelle Opiate. In den nächsten 4 Wochen $1/2$ Dutzend Schüttelfröste. Temperatur wechselnd zwischen 37,4 und 39,5. Allmähliche Besserung bis zum Verschwinden der perimetritischen Erscheinungen und Abfall der Temperatur zur Norm. Nach mehrmaligem Aufstehen Wiederkehr des Fiebers und aller übrigen Krankheitssymptome, zu denen noch Erbrechen, später dysenterische Diarrhoen traten. Tod mehrere Wochen nach diesem Recidiv. Die Sektion der Bauchhöhle ergab eitrige Peritonitis, Colon descendens und Rectum in allen Schichten verdickt. Die Serosa dunkel geröthet, die Schleimhaut dunkler als normal, stellenweis gangränös. Der uterine Tumor gegen früher auf die Hälfte verkleinert. Nach mikroskopischer Untersuchung handelte es sich um ein Fibrom. A. lässt es unentschieden, ob das theilweise Gangränesciren des Tumors dem 3monatlichen Ergotingebrauch Schuld zu geben ist. Die Äußerung A.'s, Niemand würde die Ansicht bestreiten, dass ein operativer Eingriff zu irgend einer Zeit nach Entwicklung der Metritis, den tödlichen Ausgang beschleunigt haben würde, wird nach Ansicht des Ref. wohl keine allgemeine Zustimmung finden. **Graefe** (Halle a/S.).

### 6) **Charcot.** Differentialdiagnose der Hystero-Epilepsie und Epilepsie, hysterisches Niesen. Hysterie in Folge spiritistischer Vorstellungen.

(L'abeille méd. 1885. No. 12.)

Die Anfälle bei Hystero-Epilepsie treten nach Ch. viel häufiger auf, als bei Epilepsie. Er hat Fälle gesehen, bei welchen sie sich 500—1500mal an einem Tag wiederholten. Dabei wird die Zunge nicht trocken, die Temperatur ist im Gegensatz zur Epilepsie keine erhöhte. Während fortgesetzte epileptische Anfälle sich nicht über 9 Tage ausdehnen, können hysterische bis zu 26 Tagen anhalten. Bei letzteren kommen die Pat. manchmal plötzlich während eines Anfalles zum Bewusstsein, sprechen, lachen, verlangen auch wohl zu uriniren. Sehr selten beschmutzen sie sich.

Ch. berichtet ferner über eine Hysterische, bei welcher während ihrer Anfälle fortwährendes Niesen eintrat, ein sehr seltenes Phänomen. Außerdem zeigte dieselbe Pat. eine vollständige Anästhesie der linken Körperhälfte, von der auch die Sinnesorgane betroffen waren. Die Sehstörungen waren die für hysterische Amblyopie charakteristischen. Eine nachweisbare Veränderung des Augenhintergrundes fehlt. Trotzdem besteht eine Gesichtsfeldverengerung für das weiße Licht; der Farbenkreis verengert sich koncentrisch; zuerst verschwindet die Empfindung für Lila, dann für Grün und Blau. Besonders charakteristisch ist eine Transposition des Roth, welches nach außen rückt, während Blau seine Stelle einnimmt.

Am Schluss seines Vortrages macht Ch. Mittheilung über eine kleine Epidemie von Hysterie in einer neuropathisch belasteten Familie. Ein derselben zugehöriges 13jähriges Mädchen, welches wiederholt spiritistischen Sitzungen beigewohnt hatte, bekam heftige hysterische Krampfanfälle, während sie als Medium diente. Dieselben wiederholten sich 20—50mal im Tag. 6 Wochen später erkrankte ein 11jähriger Bruder unter ähnlichen Erscheinungen, einige Tage nachher ein jüngerer eben so. Seit dieser Zeit steigern sich die Anfälle, so wie die Kinder zusammen sind. Wenn sie getrennt sind, treten sie seltener auf. Ch. schließt die Bemerkung an, dass der wichtigste Punkt bei der Behandlung solcher Fälle völlige Isolirung der Pat. ist. **Graefe** (Halle a/S.).

### 7) E. Hertoghe. Manuelle Umwandlung einer Gesichts- in Hinterhauptslage.

(Annales de la soc. de med. d'Anvers 1885. September—Oktober.)

XIIIpara. Frühere Entbindungen normal. Nach dem Wasserabfluss Nachlass der Wehen. Von der Hebamme Secale gegeben. Gesichtslage, Kinn nach hinten rechts. Kopf noch beweglich auf dem Becken.

H. ging mit der rechten Hand in den Uterus ein, flektirte sie stark dorsalwärts, so dass die Ballen an das Kinn, die Finger über das Schädeldach fast an das Hinterhaupt zu liegen kamen. Die in Rückenlage befindliche Kreißende wurde behutsam in linke Seitenlage gebracht, wodurch die Hand freier beweglich wurde. Mit dieser übte jetzt H. einen starken Druck von außen nach innen und von hinten nach vorn aus, während die freie Hand den Uterus fixirte. Dann drückte er die Fingerspitzen leicht in die behaarte Kopfhaut des Fötus ein und beugte dieselben nach vorn. In dieser Weise gelang es ihm allmählich, das Hinterhaupt im Verlauf $^1/_4$ Stunde in die Mitte des Beckeneinganges zu bringen. Er entfernte dann die im Uterus befindliche Hand unter festem Druck auf den Kopf von der Symphyse her. Die Absicht, den weiteren Verlauf der Natur zu überlassen, musste aufgegeben werden, da eine starke Blutung, wahrscheinlich aus einem Cervixriss eintrat. Leichte Extraktion eines lebenden Kindes mit dem Forceps. **Graefe** (Halle a/S.).

### 8) W. Koch (Dresden). Über einen menschlichen Acardiacus.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 2.)

K. giebt in der vorliegenden Arbeit die sehr ausführliche Beschreibung eines von einer 34jährigen Multipara stammenden männlichen Acardiacus. In Betreff der interessanten Details derselben muss auf das Original verwiesen werden. Hier sei nur hervorgehoben, dass es sich um einen sehr gut ausgebildeten Acardiacus handelte. Hals, Rumpf und die untere Körperhälfte waren völlig normal. Auch die oberen Extremitäten hatten eine relativ gute Entwicklung. Das Gesicht war bis auf Wolfsrachenbildung vollkommen entwickelt. Die Augen zeigten einen Grad der Ausbildung wie in keinem bis jetzt beschriebenen Fall. Von den inneren Organen waren Zwerchfell, Leber, Magen, Pankreas und von den Lungen Rudimente vorhanden. Dagegen ließ sich nicht eine Spur von einem Herzen nachweisen. Die Aorta und der große Venenstamm zeigten in ihrem Verlauf durch die Brusthöhle überall konstante Breite und nirgends eine Verdickung der Wand oder sonstige Unregelmäßigkeit.

In der sehr vollkommenen Ausbildung dieses Acardiacus trotz fehlenden Herzens sieht K. eine schlagende Widerlegung der Ahlfeld'schen Annahme, dass, je besser sich das Herz des Parasiten entwickle, desto vollständiger die Form desselben und die dem Herzen naheliegenden Organe ausgebildet seien. Außer dem von ihm selbst mitgetheilten führt er noch mehrere andere schon früher publicirte und einen noch nicht veröffentlichten Fall (das Präparat wurde der Leipziger Poliklinik übergeben und von Donát untersucht) an, welche gleichfalls gegen A.'s Ansicht sprechen. In Betreff der eigentlichen Entstehungsursachen der Acardiaci vertritt K. die Breus'sche Hypothese, nach welcher zuerst eine Störung der embryonalen Entwicklung stattfindet, in Folge deren das Herz sich nicht oder nur ungenügend entwickelt, so dass der Embryo zu Grunde gehen musste, wenn nicht die Placentaranastomose mit den Nabelschnurgefäßen eines normal gebildeten Zwillings es ermöglichte, dass von diesen aus der defekte Embryo die nöthige Blutzufuhr erhielte und dieser sich so weiter zu entwickeln und fortzuwachsen vermöchte. **Graefe** (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

**Zehnter Jahrgang.**

**Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.**

**No. 25.** **Sonnabend, den 19. Juni.** **1886.**




## I. Die forensische Bedeutung des Hämatoms des Sternocleidomastoideus am Neugeborenen.

(Nachtrag.)

Von

**Otto Küstner.**

Wenn ich noch einmal dieses Thema berühre, so möchte ich nicht versäumen, meine Befriedigung darüber auszudrücken, dass Liman in No. 22 dieser Zeitschrift eine Berichtigung seiner von mir angegriffenen Ansicht gegeben hat. Nur möchte ich zu meiner Rechtfertigung noch hinzufügen, dass mir Liman's Autorität als Gerichtsarzt viel zu hoch stand, als dass nicht auch ein Satz aus einem Gutachten von ihm für mich absolute Vollwerthigkeit gehabt hätte. Ganz abgesehen davon, dass dieser Satz ganz abstrakt und ohne direkten Zusammenhang mit dem Fall selbst im Gutachten steht, ganz abgesehen davon, dass ein solcher Satz, wenn er in einem Kriminalgutachten ausgesprochen wird, wohl beanspruchen darf, als Ausdruck der Ansicht des betreffenden Begutachters zu gelten.

Wenn nun Liman das von mir angegriffene Urtheil: »Uns sind unverdächtige Fälle nicht vorgekommen, wo nur die Bemühungen, die Geburt zu befördern, derartige Blutaustretungen hervorgebracht hätten« fallen lässt und sich dahin ausspricht: »In einigen Fällen fanden wir ein Extravasat auf und in den Kopfnickern,

welches ebenfalls der Selbsthilfe zugeschrieben werden musste. Dohrn beobachtete dergleichen sogar in 2 Fällen, wo auch diese ausgeschlossen war und er schrieb sie lediglich dem Gebärakte zu, so dass diese Befunde als solche nicht als die Mutter belastende gedeutet werden können«, so bringt Liman damit der Objektivität ein Opfer, welches alle Anerkennung verdient. Ich finde in diesem Urtheil nicht den geringsten Widerspruch mit meinen Auseinandersetzungen und erkläre mich im Allgemeinen mit diesem Urtheil einverstanden.

Ob in einem Falle Selbsthilfe angewendet worden ist und wie weit man aus einem Hämatom auf stattgehabte Selbsthilfe zu schließen Berechtigung hat, sind natürlich auch Fragen von hoher forensischer Bedeutung.

Da nun in meiner Arbeit nachgewiesen ist, dass ein Zug in der Längsrichtung des Halses ein Hämatom des Sternocleidomastoideus nicht erzeugen kann, so kann es natürlich auch nicht der Zug, welchen die Kreißende bei Selbsthilfe anwendet, ein Zug, der im Wesentlichen, die Kreißende in Rückenlage gedacht, vertikal von unten nach oben wirkt.

Es können daher auch bei Selbsthilfe nur die beiden Entstehungsmomente des besagten Hämatoms, welche ich in meiner Arbeit hatte gelten lassen, in Betracht kommen. Entweder muss der Kopf in starke Torsionsstellung zum Rumpfe gebracht, oder darin erhalten werden, oder es muss eine quetschende Gewalt, also etwa von den Fingerspitzen ausgeübt, direkt auf den Muskel einwirken.

Darauf hin müssen die Hämatome, welche man auf Selbsthilfe zurückführen zu müssen glaubt, kritisch betrachtet werden.

---

# II. Nochmals zur Entwicklung des nachfolgenden Kopfes.

Von

**Franz Freudenberg (Köln).**

Die Entgegnung Koppe's in No. 16 d. Bl. vom 17. April d. J. auf meine Besprechung (1885 No. 45 d. Bl.) seines Aufsatzes (1885. No. 39 ib.) behandelt besonders einen Punkt, dessen Richtigstellung mir unerlässlich scheint.

Koppe hebt nochmals den Umstand, dass durch die Zange mehr noch wie durch die übrigen, manuellen Extraktionsmethoden mit Ausnahme der Expression, wie er selbst sie auszuführen angegeben hat, der biparietale Durchmesser, dessen Verringerung gerade anzustreben sei, vergrößert werde, hervor und leitet hiervon die Überlegenheit der manuellen Expression speciell über die Zangenanwendung ab. Und das mit Recht. Der Schluss ist richtig, nicht aber die Prämisse. Denn wer von den heutigen Vertheidigern der Zange beim nachfolgenden Kopf hat den Gebrauch dieses Instruments irgend einem manuellen Verfahren im Princip vorgezogen oder auch nur gleichgestellt! Ist es nicht vielmehr von Allen als ein letzter Ausweg, nur für den Fall empfohlen worden, dass sich die vorher versuchte manuelle Entwicklung als unmöglich bezw. nicht mehr in der für das kindliche Leben benöthigten Zeit möglich oder wahrscheinlich herausgestellt hat. Es muss dieser Punkt bei der Debatte unbedingt festgehalten werden. Die Zange konkurrirt mit keinem manuellen Verfahren, am allerwenigsten aber würde diese Konkurrenz dem Koppe'schen Handgriff gegenüber am Platze sein, über den zur Zeit noch die allgemeinere Erfahrung fehlt. Die Zange konkurrirt nur mit der weiteren, muthmaßlich völlig aussichtslosen Fortführung der bereits längere Zeit hindurch ververgeblich versuchten manuellen Extraktionsmethoden und mit der Perforation in einem umschriebenen Grenzgebiet.

Ich erkenne die Vorzüge der Koppe'schen Methode: Verkürzung des biparietalen Durchmessers und gleichzeitige Verbindbarkeit mit anderen Entwicklungsmethoden gern an und habe bereits früher die Möglichkeit eingeräumt, dass es durch sie gelingen werde, manche Fälle, die sonst nur durch die schließliche Anlegung der

Zange zu einem glücklichen Ende zu bringen waren, manuell zu erledigen, wenn gleich ich die Entscheidung der Fragen, ob das Koppe'sche Verfahren in allen Fällen anwendbar sei und ob es gelingen würde, mit ihm alle ihm zufallende Fälle bis zur Grenze der unzweideutigen Indikation zur Perforation durchzuführen, von weiterer praktischer Erprobung abhängig machte und mache.

Koppe glaubt nicht völlig verstanden worden zu sein. Weit eher könnte ich mich hierüber beklagen, wenn Koppe bei der von mir im Zusammenhang mit einer Erwähnung der Konfigurationsfähigkeit des kindlichen Kopfes gebrauchten Redewendung: »eine über die physiologischen Grenzen hinausgehende Kompression ist als direkt schädigend zu verwerfen«, annimmt, dass hier nur die Grenze gemeint sei, »welche bei vollkommen physiologischen, normalen räumlichen Verhältnissen nicht überschritten wird«, während ich hierbei nur das Maß des Druckes habe bezeichnen wollen, den der Kopf (unter den durch das selbstredend »pathologische« Becken bedingten Verhältnissen) ertragen kann, ohne Schaden zu leiden. Auch eine andere weitläufige Auseinandersetzung über Führungslinie und Druckrichtung hätte Koppe vermeiden können, wenn er meinem zwar kurz, aber wie ich gehofft hatte, nicht unverständlich ausgedrücktem Gedanken gefolgt wäre, dass die Beckeneingangsebene geneigt (und unter den pathologischen Verhältnissen, die uns bei unserer Erörterung speciell interessiren, manchmal erheblich geneigt) ist, sich demnach die Beckenhöhle nicht nach oben, sondern nach oben und vorn öffnet und mithin beim Bestreben, den nachfolgenden Kopf, den ich ausdrücklich als über dem Beckeneingang stehend annahm, durch manuelle Pression in den Beckeneingang hineinzubringen, der hierzu benöthigte Druck ganz erheblich in der Richtung von vorn nach hinten d. h. von der dicht über der Schoßfuge liegenden Bauchwandung aus nach dem die vordere Beckenwandung überragenden Theile der hinteren Beckenwand gehen muss, wobei wie bislang im Allgemeinen bei der Expression üblich, die zweite freie Hand des Operateurs oder die Assistenz gleichzeitig vom Rumpf aus den Kopf energisch in die Beckenhöhle zu ziehen suchte. Koppe weist aufs entschiedenste jede Ähnlichkeit dieses Verfahrens mit dem seinigen ab; aber selbst derjenige, welcher wirklich dabei in der Einwirkung auf den Kopf eine gewisse Gleichartigkeit gefunden zu haben meint, dürfte doch weit entfernt sein, darum die Originalität der Koppe'schen Methode als solche anzufechten. Ich wenigstens möchte derselben nicht zu nahe treten und bedauere, dahin verstanden worden zu sein.

Eben so entschieden weise ich aber auch den kleinen Irrthum in meiner Darstellung, wie ich bisher die Extraktion geübt habe, ab. Mag meine Ausdrucksweise, welche nur die Hauptrichtung des auf den Kopf auszuübenden Druckes angab, nur diejenige, auf welche sich allein die Ähnlichkeit in der Einwirkung auf denselben beziehen konnte, allzu kurz und dadurch ungenau gewesen sein, ein weiterer Vorwurf trifft sie nicht. Meine Führungslinie ist die aller Welt.

Koppe erwähnt die von mir angeführte Erfahrung, dass sich die Zange manchmal als lageverbesserndes Instrument ausgezeichnet bewährt, nicht. Über diesen Punkt sowohl wie auch über die oben erwähnte und von mir lebhaft getheilte Hoffnung, dass es gelingen möge, in der Folge auf ausschließlich manuellem Wege jeden nachfolgenden Kopf, der nicht unbedingt der Perforation verfallen ist, innerhalb der so knapp bemessenen Zeit zu entwickeln, sind eben die Akten noch nicht geschlossen und will ich durch Wiederholung von bereits Gesagtem nicht überflüssiger Weise Raum des Blattes und Zeit des Lesers in Anspruch nehmen. Eines aber kann Koppe versichert sein, dass ich das von ihm empfohlene Verfahren, welches mir in mehrfacher Beziehung vortheilhaft und aussichtsvoll erscheint, wie ich hoffe in Gemeinschaft mit recht vielen Kollegen auf das gewissenhafteste erproben werde.

---

(Aus der Lichatschoff'schen Entbindungsanstalt zu Kasan.)

# III. Zur unbeendeten Extraktion des Kindes am Kopfe mit der Zange.

Von

**Dr. Joh. Lwoff,**

Privatdocenten an der Universität zu Kasan.

Zur Zeit stehen fast alle Geburtshelfer für vollständige Extraktion des Kindes am Kopfe bei der Zangenoperation ein. In allen Handbüchern über operative Geburtshilfe heißt es: ist einmal Indikation zur Anlegung der Zange vorhanden, so wird auch die Entbindung durch vollständige Extraktion des Kopfes beendet. Nur in der operativen Geburtshilfe von Schauta findet sich die Angabe, dass in einigen Fällen es nothwendig wird, die Zange vor dem Durchschneiden des Kopfes zu entfernen. Schauta weist darauf hin, dass hierdurch der Kopfumfang verkleinert wird, wodurch man bei starker Ausdehnung der Geschlechtstheile den Dammriss vermeidet, da ja der Kopf in dieser Periode auch durch andere Methoden (z. B. durch die von Ritgen) zum Durchschneiden gebracht werden kann, wobei der Damm leichter zu erhalten ist. Schauta berührt diese Frage also kurz, en passant, ohne bestimmte Indikationen für die unbeendete Extraktion des Kopfes mit der Zange aufzustellen, obwohl er eine solche Operation zulässt.

Da auch ich zu den Geburtshelfern gehöre, welche die unbeendete Extraktion des Kindes am Kopfe mit der Zange zulassen, so halte ich es für nothwendig, hier näher auf die Indikationen zu dieser Operation einzugehen und werde hiernach meine Erörterungen durch klinische Beobachtungen zu bekräftigen suchen.

Für die Zangenoperation gilt als eine der wichtigsten Indikationen die Verengerung des Beckeneinganges. Die Zange soll hier künstlich die Geburtswehen verstärken und den Kopf durch die enge Stelle des Beckeneinganges hindurchführen. Ist das geschehen, so verhindert nichts mehr das Vordringen des Kopfes, welcher nun allein durch die Geburtswehen entbunden wird. Wenn wir in solchem Falle, d. h. bei der Zangenoperation wegen Beckenverengerung, nicht schwache Geburtswehen vor uns haben, da sie hinreichen, die Geburt zu beenden, überhaupt hingereicht hätten, wenn kein Hindernis für den Kopf im Becken vorhanden gewesen, so haben wir Grund, nachdem wir den Kopf bis zum Beckenausgang geführt, die Zange abzunehmen und die Fortsetzung und Beendigung der Geburt der Natur zu überlassen. Folglich kann ich die Indikation für die unbeendete Extraktion des Kopfes mit der Zange, wie folgt formuliren: die Extraktion des Kopfes kann unbeendet bleiben, wenn die Zangenoperation durch ein Hindernis im Becken (z. B. Verengerung, welche dem Kopfe den Durchtritt durch die Geburtswehen allein unmöglich macht) bedingt wurde, wobei die austreibenden Kräfte nicht zu schwach, sondern mehr oder weniger normal sind.

Hier kann die Frage aufgeworfen werden, warum man die Entbindung in solchen Fällen nicht beendet, indem man den Kopf vollständig extrahirt, somit die Kreißende von Schmerzen befreit und sie hierdurch moralisch beruhigt. Dieser berechtigte Einwand veranlasst mich genauer auf die Gründe zur unbeendeten Extraktion des Kopfes mit der Zange einzugehen. Natürlich ist kein Grund vorhanden, bei Mehrgebärenden die Zange abzunehmen, wenn die Zangenoperation durch Verengerung oder ein Hindernis im Becken angezeigt war, da wir hier keine mehr oder weniger bedeutende Verletzungen der Weichtheile des Beckenausganges und des Dammes zu befürchten haben. Haben wir es aber mit einer Erstgebärenden zu thun, wo bei einer Verengerung im Becken und normalen Geburtswehen die Schamspalte, der Damm breit und die Weichtheile des Beckenausganges straff sind, so müssen wir, nachdem der Kopf durch die Zange bis zum Beckenausgang geführt worden, entscheiden, ob der Kopf vollständig zu extrahiren, oder die Zange abzunehmen und die Beendigung der Geburt den natürlichen austreibenden Kräften zu überlassen ist. Meiner Meinung nach müssen wir die Zange abnehmen und das Durchschneiden des Kopfes den natürlichen

Kräften überlassen, sobald wir sehen, dass die Geburtswehen genügen, der Damm und der Introitus vaginae straff und die Schamspalte eng sind, wo also widrigenfalls traumatische Verletzungen der Weichtheile des Beckenausganges nicht zu umgehen sind.

Ebenfalls dehnt bei der Nacken-Kreuzbeinlage (die kleine Fontanelle im geraden Durchmesser) des Kindes, sogar bei Mehrgebärenden der Kopf den Damm so aus, dass es sehr schwierig ist bei der Zangenoperation den vollständigen Riss des Dammes zu vermeiden, dagegen kann man bei unbeendeter Extraktion des Kopfes mit der Zange, wenn die letztere entfernt worden, den Damm viel leichter vor gröberen Verletzungen schützen. Das sind also die Fälle, in welchen ich gewöhnlich die Extraktion des Kopfes mit der Zange unbeendet lasse. Gewöhnlich führe ich den Kopf zum Beckenausgang in dem Grade, bis nicht weniger als $^1/_4$ und nicht mehr als $^1/_3$ des Kopfes zu sehen ist, worauf ich erst die Zange abnehme. Dieses thue ich, um die Geburt nicht zu sehr zu verlängern, was zu sehr auf die Kreißende moralisch einwirkt. In allen Fällen waren die Geburten schnell beendet, nicht später als $^1/_4$ Stunde nach der Abnahme der Zange, und in allen Fällen war der Dammriss umgangen. Zwar habe ich in Fällen, wo der Damm zu straff war, die Episiotomie vorgenommen, bin jedoch überzeugt, dass in solchen, wenn auch seltenen Fällen der Damm ohne die Zange leichter als bei der vollständigen Extraktion mit der Zange zu erhalten ist und stimme vollkommen Prof. Schauta bei, dass bei enger Schamspalte die Vergrößerung des Kopfes durch die Zangenlöffel schon viel heißt. Nicht einverstanden bin ich mit der Meinung, dass in solchen Fällen der Dammriss und die Verletzungen des Introitus vaginae mit der Zange leichter zu verhüten sind, sondern glaube auf Grund meiner vielen klinischen Beobachtungen, dass wir ohne die Zange mehr Mittel haben durch verschiedene Manipulationen dem Kopfe die nöthige Richtung zu geben und dem Dammriss vorzubeugen. Wenn auch bei der zeitgemäßen Leitung des Geburtsaktes und der Nachgeburtsperiode die Verletzung am Beckenausgang und der Dammriss nicht besonders zu fürchten sind, so bleiben doch diese Verletzungen unerwünscht, weil sie einen neuen operativen Eingriff erfordern (Anlegung einer Naht etc.). Das Gesagte spricht für Zulassung der unbeendeten Extraktion des Kopfes mit der Zange in der operativen Geburtshilfe.

Der Einwand, dass eine unbeendete Operation auf die Kreißende von schlechter moralischer Wirkung ist und bei ihr Misstrauen zum Geburtshelfer und der operativen Hilfe erweckt, ist meiner Meinung nach irrelevant. Alle Geburtshelfer machen doch in einigen Fällen die Wendung des Kindes und warten dabei die Geburt selbst aber auf natürlichem Wege ab. Hierbei wird ja auch nicht auf die moralische Wirkung der unbeendeten Operation Rücksicht genommen, sondern die Handlungen des Arztes geschehen nach bestimmten Indikationen seitens der Mutter und des Kindes. Wird die Operation so ausgeführt, wie ich es vorschlage, nämlich man nehme die Zange erst ab, wenn $^1/_4$ des Kopfes aus der Schamspalte hervorsteht, so ist die Geburt nur auf $^1/_4$ Stunde aufgeschoben, folglich der moralische Einfluss auf die Kreißende ein geringer, und sie wird kaum über die unbeendete Operation klagen. Berücksichtigt man ferner, dass ich die unbeendete Extraktion des Kopfes mit der Zange nur bei normalen Geburtswehen zulasse, so verliert dieser Einwand jede Bedeutung.

Zur besseren Illustration der Indikationen zur unbeendeten Extraktion des Kopfes mit der Zange will ich hier kurz 4 Geburten beschreiben.

1) Den 13. Mai 1885 um 3 Uhr Nachmittags trat in die Entbindungsanstalt das 22jährige Bauernmädchen Awdotja Andrejewa, zum ersten Male gravid. Die Menses erschienen im 19. Lebensjahre und blieben regelmäßig: 4 Tage nach je 3 Wochen. Vor der Gravidität waren die Menses zuletzt im Juni; die Bewegungen der Frucht nahm sie im Februar wahr. Genauere Mittheilungen konnte die Gravida nicht machen. Andrejewa war 148 cm lang, regelmäßig und ziemlich kräftig gebaut. Bauchumfang 88 cm, Höhe des etwas nach vorn geneigten Uterusgrundes 34 cm. Ein leichter Hängebauch. Von Symphysis bis zum Nabel 17 cm, bis zum Proc. xyphoid. sterni 40 cm. Beckenuntersuchung ergab folgende Zahlen: Umfang

87 cm, D. tr. 30, D. Sp. 25, D. cr. 27,5; Conjugata ext. 17,0; Conjug. diagon. 10 cm; Promontorium leicht erreichbar. Beginn der Wehen am 13. Mai um 7 Uhr Morgens, Abfluss des Fruchtwassers um 6 Uhr 20 Min. Abends desselben Tages. Der Muttermund hatte sich um 6 Uhr schon vollkommen geöffnet. Nach dem Abgange des Fruchtwassers stellte sich der Kopf in den Beckeneingang, ohne jedoch weiter zu rücken, oder die innere Drehung zu vollziehen. Das Kind hatte die zweite Schädellage — die kleine Fontanelle vorn und rechts. Der Charakter und der Mechanismus der Geburtswehen waren im Allgemeinen normal. Ungeachtet dessen rückte der Kopf nicht weiter und machte auch nicht die Drehung. Es bildete sich eine bedeutende Kopfgeschwulst aus. Der andauernde Stand des Kopfes im Beckeneingang wegen der bedeutenden Kürze des geraden Durchmessers des Beckeneinganges zeigte klar, dass die natürlichen Wehen zur Entbindung nicht ausreichen, wesshalb ich um 1 Uhr 20 Min. Nachts die Zange an den hoch- und schiefliegenden Kopf anlegte. Es war nicht leicht die Zange anzulegen und zu schließen. Mit einiger Kraftanstrengung gelang es mir ziemlich schnell den Kopf zum Beckenausgang zu befördern. Nachdem $^1/_3$ des Kopfes sichtbar war, und wir uns überzeugt hatten, dass der Damm straff, die Schamspalte eng waren, entfernte ich die Zange und überließ die Beendigung der Geburt der Natur. Die Entbindung war schnell, um 1 Uhr 40 Min. beendet; folglich verstrichen vom Moment, wo die Zange angelegt wurde, bis zur Beendigung der Entbindung nur 20 Minuten. Der Damm blieb unverletzt, nur einige leichte Einrisse am Scheideneingang. Das lebende Neugeborene — ein Mädchen — war 2850 g schwer und 52 cm lang und vollständig ausgetragen. Die Nachgeburtsperiode verlief regelmäßig; die Wöchnerin verließ vollkommen gesund die Entbindungsanstalt am 7. Tage nach der Entbindung.

2) Den 28. Oktober 1885 trat in die Entbindungsanstalt die dreißigjährige Bäuerin Natalie Geassimowa, Köchin, zum 5. Male schwanger. Die Menses hatte sie zum ersten Male im 20. Lebensjahre, hiernach regelmäßig: 3—4 Tage nach je 4 Wochen. Die ersten drei Schwangerschaften verliefen vollkommen normal, die Entbindungen waren schwer, jedoch ohne fremde Hilfe. Die Neugeborenen waren nicht groß. Die vierte Entbindung wurde in der Entbindungsanstalt mit der Zange wegen Verkürzung des geraden Durchmessers des Beckeneinganges und schwacher Geburtswehen beendet. 6 Monate der folgenden Schwangerschaft verliefen regelrecht. Im 7. Monat traten Blutungen ein, welche eine Woche andauerten. Die Dauer der Schwangerschaft war normal. Die Grassimowa ist von mittlerem Wuchs, anämisch; das Skelett regelmäßig; der Bauch etwas hängend. Die Beckendurchmesser normal, außer der Conjugat. ext., welche 17,5 cm betrug. Promontor. leicht erreichbar, Conjugat. diagonal. 11 cm. Der vorliegende Theil des Kindes — der Kopf — steht über dem Beckeneingang; Kindeslage 1. Scheitelbeinlage (der Rücken nach links und vorn).

Die Geburtswehen stellten sich am 28. Oktober um 5 Uhr Morgens ein. Um 5 Uhr 50 Min. Nachmittags hatte sich der Muttermund vollständig geöffnet. Künstliche Sprengung der Eihäute um 6 Uhr 45 Min. bei hochgestelltem Kopfe, aber bei ganz deutlichen Wehen. Ungeachtet der starken Wehen stellte sich der Kopf nur im schiefen Durchmesser in den Beckeneingang, ohne weiter zu rücken. Da bei vollständig normalen Geburtswehen der Kopf lange im Beckeneingang steckte und der gerade Durchmesser des Beckeneinganges verkürzt war, so schritt ich um 8 Uhr Abends zur Zangenoperation (die Simpson'sche Zange). Die Zange legte ich an den hoch- und schiefgestellten Kopf, was nicht besonders schwer war. Bei der Extraktion jedoch war bedeutende Kraftanstrengung nothwendig. Da der Kopf im schiefen Durchmesser zum Beckenausgang befördert wurde, diese Lage aber zum Durchschneiden nicht besonders günstig ist, und da die Wehen kräftig waren, so nahm ich die Zange, nachdem $^1/_4$ des Kopfes sichtbar war, ab und überließ Beendigung der Entbindung den natürlichen Kräften der Kreißenden. Bei der nächsten Wehe machte der Kopf die nöthige Drehung und die Geburt wurde ohne jede Verletzung der Mutter beendet. Der Neugeborene war asphyktisch, wurde jedoch bald belebt. Rechts neben dem Hinterhaupt war eine bedeutende Kopfgeschwulst außerdem waren die Schädelnähte stark über einander geschoben. Der linke Zangen-

löffel war hinter dem linken Ohr, der rechte auf dem rechten Auge, wo er einen Blutunterlauf über dem rechten oberen Augenlid und auf der Stirn eine bemerkbare Furche hervorgebracht hatte, angelegt gewesen. Der Neugeborene — ein Knabe — wog 3630 g, also über das mittlere Maß hinaus; die Körperlänge betrug 48 cm. Puerperium normal.

3) Den 16. März 1886 trat in die Entbindungsanstalt die vierzigjährige Bauernwittwe Marie Belänina, Bettlerin, zum 9. Male schwanger. Die vorhergehenden Schwangerschaften und Geburten waren normal gewesen. Zur Zeit war die Schwangere auch gesund bis auf die vor etwa zwei Wochen eingetretene Hemeralopie. Die Wehen erschienen zum bestimmten Termin, den 20. März um 3 Uhr Morgens. Der Wuchs, die Körperkonstitution und der Ernährungszustand der Belänina waren gut, das Becken regelmäßig, der Bauch nicht groß, von regelmäßiger Form. Die Lage des Kindes dritte Schädellage (der Rücken nach rechts und hinten). Die Wehen verliefen normal, eben so öffnete sich der Muttermund und das Fruchtwasser floss zur bestimmten Zeit ab. Trotz dieser günstigen Bedingungen stand der Kopf schon zwei Stunden am Beckeneingang und rückte nicht weiter. Die vordere Lippe des Muttermundes war eingeklemmt, ödematös und zog sich nicht über den Kopf zurück. Es bildete sich eine große Kopfgeschwulst aus. Die Untersuchung ergab weiter, dass der Kopf stark in den Beckeneingang eingeklemmt war; die Pfeilnaht liegt im geraden Durchmesser, die große Fontanelle befindet sich hoch oben unter der Symphysis pubis. Vor uns lag demgemäß eine falsche Drehung des Kopfes, wesshalb der letztere im ungünstigen Verhältnis zum Beckendurchmesser stand, wodurch der normale Verlauf der Geburt behindert wurde. Der lange Aufenthalt des Kopfes im Beckeneingang, bei genügenden Geburtswehen, zeigte die Zangenoperation an. Das Anlegen der Zange (Simpson'sche) war nicht schwierig, etwas schwer war nur das Schließen derselben. Die Extraktion war ebenfalls nicht schwierig. Doch die gegebene Nackenkreuzbeinlage des Kopfes bedroht den Damm, wesshalb ich die Zange abnahm und durch äußere Manipulationen — kräftiges Vorwärtsschieben des Kopfes zur Beckensymphyse — dem Kopf eine mehr regelmäßige Richtung zu geben und den Damm hierdurch zu schützen suchte. Zur Beendigung der Geburt genügten 2 Wehen. Der Damm blieb unverletzt. Während der Entbindung machte der Kopf eine Wendung von hinten links nach vorn mit dem Hinterkopf und nach dem Durchschneiden sich schon mehr nach rechts wendend. Das Neugeborene — ein Mädchen — war 3450 g schwer und 49 cm lang. Puerperium normal.

4) Frau eines Beamten N., 23 Jahre alt, Erstgebärende, von starkem Körperbau, gutem Ernährungszustande, mittlerem Wuchs. Vor und während der Schwangerschaft war sie gesund gewesen. Die Wehen traten zum bestimmten Termin ein. Die Lage des Kindes: 1. Schädellage (der Rücken links und vorn). Das Becken regelmäßig. Die Geburt verlief langsam. Die Wehen Anfangs sehr stark, mehr krampfartig und der Muttermund öffnete sich langsam und ungenügend. Chloroforminhalation und Incision des Uterushalses waren erfolgreich: die Krämpfe vergingen und der Muttermund öffnete sich vollkommen. Die Wehen waren nicht genügend stark. In 5 Stunden rückte der Kopf gar nicht weiter, sondern verblieb im oberen Abschnitt des Beckens. Zangenoperation wegen schwacher Geburtswehen. Die Schamspalte eng, der Damm lang, straff, gleichsam verhärtet. Das Anlegen der Zange ohne Schwierigkeit. Der Kopf war leicht bis zum Beckenausgang befördert. Beim Durchschneiden jedoch erwies es sich, dass bei dem Durchschneiden mit der Zange Verletzung des Dammes und der Weichtheile des Beckenausganges nicht zu umgehen wären, wesshalb ich die Zange, sobald über $^1/_4$ des Kopfes sichtbar wurde abnahm, weil die Wehen, wenn auch schwach, so doch vorhanden waren. Hierauf machte ich beiderseitige Episiotomie und brachte allmählich mit jeder Wehe etwas den Kopf zum Durchschneiden. Nach 15 Minuten nach der Abnahme der Zange war der Kopf schon frei und der Damm blieb unverletzt. Der Neugeborene — ein lebender Knabe — war von mittlerem Gewicht. Puerperium normal.

---

# IV. Über Lokalanästhesie bei der Perineoplastik durch subkutane Cocaininjektionen.

Von
**Dr. Ernst Fraenkel,**
Privatdocent in Breslau.

Seitdem die Anwendung des Cocain als Mittel zur Lokalanästhesie der Genitalschleimhaut von mir zuerst in diesem Centralblatt (1884, No. 49) beschrieben war, sind die darin enthaltenen Angaben von verschiedenen Seiten bestätigt und die damals für die Cocainapplikation aufgestellten Indikationen präcisirt und erweitert worden. Besonders meine damals ausgesprochene Ansicht, dass die örtlich anästhesirende Wirkung des Cocain sich nur für diejenigen Affektionen verwerthen lassen werde, die sich auf der Oberfläche der Schleimhaut des Genitalkanals abspielen und deren kurative Beseitigung in verhältnismäßig kurzer und die rasch vorübergehende Cocainwirkung nicht überdauernder Zeit zu erzielen sei, dass also z. B. eine Dammplastik oder eine Fisteloperation durch dieses Mittel wohl kaum schmerzlos zu machen sei, — gerade diese Indikationsbeschränkung wurde zu beseitigen versucht. So berichtete Schramm (dieses Centralblatt 1885, No. 15), dass er es durch viermaliges Aufpinseln einer 20%igen Cocainlösung ermöglicht habe, 2½ resp. 2¼ Stunden lang seine Assistenten die vordere und hintere Kolporhaphie ohne Narkose ausführen zu lassen, ohne dass die betreffenden Kranken dabei irgend welche Schmerzempfindung hatten. Ferner verwandte Doughty (Med. record 1884 December. Ref. im Centralbl. f. Gyn. No. 20, 1885) das Mittel bei der Operation einer Blasenscheidenfistel, indem er gleichfalls durch wiederholte Aufpinselungen die Sensibilität aufzuheben suchte; eben so Polk (New York med. record 1884, November. Ref. im Centralbl. f. Gyn. 1885 No. 22) bei der Emmet'schen Operation.

Kurze Zeit nach dem Erscheinen der Schramm'schen Mittheilung hatte ich bei einer sehr anämischen Kranken mit Fettherz, deren Chloroformirung Zwecks Prolapsoperation mir bedenklich erschien, Gelegenheit, seine Angaben zu prüfen, muss aber gestehen, dass ich von dem Erfolge nicht befriedigt war.

Zunächst halte ich überhaupt, wenn die Kranken nicht übermäßig furchtsam und empfindlich sind, eine Narkose irgend welcher Art bei der Kolporhaphia anterior für überflüssig. Sowohl die Anspannung des Operationsfeldes durch Muzeux'sche Zangen, als auch das Vorzeichnen und Abpräpariren des Lappens von der vorderen Scheidenwand, als auch endlich die Naht selbst sind so wenig schmerzhaft, dass ich bei vielen Dutzenden von mir ausgeführter Prolapsoperationen seit Jahren bei diesem Akt der Operation nur höchst ausnahmsweise chloroformirt habe, vielmehr mit der Narkose erst nach Beendigung der vorderen Kolporhaphie begonnen habe. Dasselbe gilt für die Cervikoplastik, wie überhaupt für die Operationen an der Vaginalportion; sie sind nur ganz ausnahmsweise so schmerzhaft, dass sie eine lokale oder allgemeine Narkose erfordern. Selbst die durch die ausstrahlende Glühhitze noch am meisten schmerzhafte galvanokaustische Amputation des Collum uteri wird von den Kranken nur sehr wenig empfunden und erfordert kaum je deren Narkotisirung. Die Operation der Blasenscheidenfistel wird von den meisten Operateuren ohne Narkose ausgeführt, weil sie gleichfalls nicht übermäßig schmerzhaft ist; wenn einzelne Operateure (z. B. Schröder) dabei chloroformiren, so thun sie dies nur, weil die Erweiterung der Scheide durch die Specula in der Narkose eine vollkommenere ist. Hierzu könnte natürlich die Lokalanästhesie durch Cocain oder andere Mittel nichts beitragen.

Ganz anders allerdings verhält es sich mit der Nothwendigkeit der Anästhesirung bei der Kolporhaphia posterior und vor Allem bei der Perineoplastik. Die Schmerzempfindlichkeit der hinteren Scheidenwand ist zwar nicht wesentlich höher, als die der vorderen; wohl aber sind die großen und kleinen Labien, so wie der Damm mit höchst sensiblen Nerven reichlich versehen. Schon die Anspannung des Operationsfeldes, bei der man (nach der Hegar'schen Anfrischungsmethode) die

die Dreiecksbasis begrenzenden Kugelzangen in die großen Labien, an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel einsetzen muss, entlockt den Kranken laute Schmerzensäußerungen, noch mehr aber die Umschneidung, das Abpräpariren und Nähen, am stärksten an der Grenze des Hautdammes.

Hier ist eine Narkose unbedingt nöthig; aber gerade hier ließ mich bisher die Lokalanästhesie durch Cocainaufpinselung im Stich. Wie ich es a priori erwartet hatte, konnte die intakte Haut der Labien und des Dammes selbst durch wiederholte, in gehörigen Pausen vorgenommene, energische Pinselungen einer 20%igen Cocainlösung auch nach vorhergegangener sorgfältiger Reinigung und Abtrocknung nicht genügend empfindungslos gemacht werden. Nach vollzogener Anfrischung und Abpräparirung des Lappens von der hinteren Scheidenwand ist die Blutung meist nicht ganz unerheblich. Das jetzt wiederholt von mir aufgeträufelte oder aufgepinselte Cocain von gleicher Koncentration wurde von dem fließenden Blute bald weggespült, und es ist außerdem, besonders bei an und für sich schon anämischen Kranken, wie den meinigen, misslich, bei fortdauernder Blutung so lange mit der blutstillenden Naht warten zu wollen, bis die Resorption des Cocains durch die Wundfläche zur genügenden Lokalanästhesie geführt hat. Der Gipfelpunkt der Schmerzensäußerungen wurde aber beim Nähen und festen Knoten der Scheidendammnähte erreicht, so dass ich diese endermatische Methode der Cocainapplikation bei Prolapsoperationen nicht wieder angewendet habe. So viel mir bekannt, liegen auch in der Litteratur bis jetzt keine Mittheilungen über von anderer Seite damit erzielte günstige Resultate vor.

Eine wesentliche Verbesserung in der anästhesirenden Wirkung des Cocain auch auf tiefere Gewebsschichten wurde erst durch die hypodermatische Anwendung desselben erreicht. Obwohl gleich bei dem Bekanntwerden des Mittels es sehr nahe lag, dasselbe subkutan zur Lokalanästhesie bei Operationen unter der Schleimhautdecke anzuwenden, so geschah dies doch, wahrscheinlich unter dem Eindruck der von Koller am Auge durch Einträufelung und von Anderen an anderen Schleimhäuten durch Einpinselung erzielten günstigen Resultate zunächst nicht, sondern die subkutanen Cocaininjektionen wurden vorerst nur gegen Neuralgien (z. B. Popow, Ref. im Centralbl. f. Chirurgie 1885 No. 9 bei Neuralgie des N. quintus und Rusconi, Ref. ebenda No. 11 bei Krebsmetastasen im Beckenbindegewebe) angewendet.

Erst allmählich, in dem Maße, als sich die Unzulänglichkeit der Cocainanästhesie bei größeren, in die Tiefe dringenden und länger dauernden Operationen bemerkbar machte, versuchte man, sei es durch Kombination der hypo- und der endermatischen Methode, sei es durch die erstere allein, mit oder ohne künstliche Blutleere, sei es endlich durch Verbindung von Morphium mit Cocaininjektionen die Wirkung des Mittels zu verstärken.

Es ist das Verdienst Landerer's (Centralbl. f. Chir. 1885 No. 48), zuerst darauf hingewiesen zu haben, dass subkutane Cocaininjektionen für die Lokalanästhesie zeitlich und örtlich, besonders auch nach der Tiefe zu, ungleich viel mehr leisten, als jedes bisher zu diesem Zwecke verwandte Mittel, besonders die lokale Ätherisation. Die subkutane Cocaininjektion ist, wie Landerer mit Recht betont, schmerzlos im Gegensatz zu dem Process des Gefrierens der Haut beim Äther. Mit dem Durchtrennen der Haut ist die Ätheranästhesie zu Ende; bei der Cocainanästhesie sind auch die tiefen Schichten, bis unter die Fascie in die obersten Schichten der Muskulatur, schmerzfrei und bleiben es längere Zeit, etwa eine halbe Stunde. Diese Zeit kann entweder durch Einträufeln von Cocainlösung in die Wunde oder durch Wiederholung der Injektion bedeutend verlängert werden. Fast gleichzeitig mit Landerer's Mittheilung erschien eine Arbeit von Verchère (Quelques applications à la chirurgie des injections hypodermatiques de chlorhydrate de cocaine, Ref. im Centralbl. f. Chir. 1885 No. 51) und bald darauf von Corning (On the prolongation of the anaesthetic effects of the hydrochlorate of cocaine when subcutaneously injected. Ref. im Centralbl. f. Chir. 1886 No. 3) und von Roberts (Ref. ebenda p. 45), die sogar für größere chirurgische Operationen, wenn auch mit nicht immer gleich gutem Erfolge, die subkutane Cocainapplika-

tion empfehlen. Endlich bestätigte und erweiterte Wölfler (Wien. med. Wochenschrift 1885 No. 50) die Landerer'schen Angaben.

Alles dies und der Umstand, dass sich mir jüngst wiederum eine Pat. mit hochgradigem, durch kein Pessar zurückzuhaltendem Scheiden-Uterusvorfall zur Operation vorstellte, die eben so, wie die oben erwähnte Kranke, die Zeichen von Anämie und Fettherz darbot und bei der die Chloroformnarkose gefährlich erschien, bewog mich, hier die Landerer-Wölfler'sche anästhesirende Methode bei der Perineoplastik zu versuchen.

Zunächst machte ich sehr ausgiebig die vordere Elytrorhaphie mit keilförmiger Portioexcision in der von Schröder angegebenen Weise, und zwar ohne jede Anästhesie. Die sonst sehr empfindliche Kranke, die sich' z. B. über den Druck der Beinhalter lebhaft beklagte, versicherte wiederholt, dass sie die Operation selbst gar nicht schmerze. So wie ich jedoch zu den Vorbereitungen für die Elytrorhaphia posterior und Perineoplastik überging, machte sich die Nothwendigkeit der Narkose geltend; schon der Versuch des Einsetzens der Kugelzangen an den großen Labien rief die lautesten Schmerzensäußerungen hervor.

Ich injicirte nun, selbstverständlich unter den sorgfältigsten antiseptischen Kautelen in Bezug auf das Operationsfeld, die Pravaz'sche Spritze mit sehr feiner, scharf geschliffener Kanüle und die frisch bereitete Cocainlösung 1/2 Spritze (0,05 Cocain) einer 10%igen Lösung seitlich und außen von der Grenze der hinteren Kommissur, indem ich die Spitze der Kanüle schräg nach innen in die Weichtheile des Dammes führte, wartete 3 Minuten und wiederholte dasselbe Manöver auf der anderen Seite. Nach 5 Minuten war so weit Anästhesie des Dammes und der Labien eingetreten, dass ein oberflächliches Ritzen der Haut daselbst nicht mehr empfunden wurde, und nun konnte ich ohne jede Schmerzensäußerung seitens der Kranken das Operationsfeld freilegen, mit 5 Kugelzangen anspannen, die Anfrischung vorzeichnen, den Lappen abpräpariren und nähen. Die Kranke, wiederholt befragt, versicherte ausdrücklich, keine Schmerzen zu empfinden. Nach der zweiten Injektion, also nach Einverleibung von 0,1 Cocain, klagte die Kranke plötzlich über Trockenheit im Halse und Munde, dann über leichtes Oppressionsgefühl auf der Brust; der Puls, an und für sich klein, wurde frequent, 100 Schläge in der Minute. Diese leichten Intoxikationserscheinungen gingen jedoch rasch und ohne Schaden vorüber und hinderten mich nicht, als nach Abpräparirung des Lappens beim Beginn der Nahtanlegung die Kranke über Schmerz bei den ersten Nadelstichen klagte, die Wundfläche 2mal hinter einander mit derselben 10%igen Lösung zu bepinseln; nunmehr war zwar, wie auch Landerer (l. c.) hervorhebt, die Tastempfindung nicht völlig aufgehoben, aber die Nadelstiche wurden nicht als Schmerz empfunden. Dauer der Elytrorhaphia posterior und Dammplastik 3/4 Stunden. Es erfolgte vollkommene Prima intentio, obwohl die ungeduldige Kranke sich schon am zweiten Tage das die Schenkel zusammenhaltende Tuch selbst löste und heimlich auf kurze Zeit das Bett verließ.

Ganz denselben günstigen Erfolg sah ich vor Kurzem bei einer frisch Entbundenen, einer älteren Primipara, zu der ich unmittelbar nach vollendeter Geburt zur Naht eines tiefen Scheidendammrisses gerufen wurde. Ich hatte hierbei außer der Hebamme keinerlei Assistenz und wollte die durch lange Geburtsarbeit und ziemlich starken Blutverlust erschöpfte, dabei sehr ängstliche und sensible Wöchnerin nicht chloroformiren. Ich injicirte wiederum rechts und links je 1/2 Pravaz'sche Spritze 10%iger Cocainlösung, also 0,1 g, wartete alsdann 5 Minuten und konnte jetzt ohne jede Schmerzensäußerung seitens der Kranken die Scheidendammnaht in ca. 1/2 Stunde vollenden. Intoxikationserscheinungen traten hier gar nicht auf; das Wochenbett verlief fieberfrei und es erfolgte gleichfalls prima intentio.

Es liegt auf der Hand, welche Erleichterung und Vereinfachung durch diese Methode der Lokalanästhesie der **tieferen** Gebilde der Scheide und des Dammes für die plastische Chirurgie am weiblichen Genitale gewonnen ist.

Bei frischen Dammrissen wird gerade aus den von mir am konkreten Fall angeführten Gründen (Erschöpfung und Anämie der Wöchnerin und Besorgnis, dieselbe nach eben überstandener Geburt nun noch der Chloroformnarkose auszusetzen, Mangel eines zuverlässigen Assistenten für die letztere, übergroße Schmerzempfind-

lichkeit der Frischentbundenen und Mitleidsgefühl der Umgebung) die nothwendige Scheidendammnaht vom Arzte nur allzu oft unterlassen; die Folgen davon sind bekannt.

Bei der Behandlung veralteter Dammrisse und Prolapse habe, wenigstens ich mich zuweilen gescheut, ältere, schwächliche Personen mit fettig entartetem Herzfleisch oder rigiden Arterien einer längeren Chloroformnarkose, die bisher bei der Operation dieser Zustände unentbehrlich war, zu unterziehen und dieselben somit wegen eines nicht lebensgefährlichen Übels, des Prolapses, einer eminenten und akuten Lebensgefahr auszusetzen. Ich rieth in solchen Fällen lieber zu einer palliativen Behandlung, als dem kleineren Übel. Andererseits wird für den praktischen Arzt — und diesem die Operation der veralteten Dammrisse und Prolapse möglich zu machen, muss ja unser Bestreben sein —, dem nicht, wie dem Kliniker, eine Assistentenschar zu Gebote steht, die Verminderung der Zahl der assistirenden Kollegen und die Verringerung der immerhin auf den Operateur fallenden Verantwortlichkeit für die Chloroformnarkose ein Grund mehr sein, sich diesem wichtigen und erfolgreichen Operationsgebiet mehr als bisher zuzuwenden. Endlich habe ich wiederholt beobachtet, dass durch das bei manchen Kranken noch lange nach der Operation in Chloroformnarkose hartnäckig auftretende Erbrechen, Nausea und Unruhe sogar die Prima intentio gestört wurde.

Nur in Betreff der Dosirung des Mittels möchte ich mein Verfahren noch rechtfertigen. Ich injicirte 1 g einer 10%igen Lösung, also doppelt so viel als Wölfler, der 1/2—1 Pravaz'sche Spritze einer 5%igen und viel mehr, als Landerer, der nur 2—3 Theilstriche einer 4%igen Lösung anwendet. Ich wählte diese starke Koncentration einmal, weil ich bei der sehr sensiblen und ungeduldigen Kranken von vorn herein einer vollständigen Anästhesie ganz sicher sein wollte, alsdann weil mir trotz vielfacher Mittheilungen in der Litteratur des letzten Jahres über Cocainintoxikation keine einzige bekannt geworden ist, wo daraus entspringende, vorübergehend oder dauernd üble Folgen wirklich überzeugend nachgewiesen worden wären.

Es existirt eben außer der auf dem Wege des Thierexperimentes gewonnenen Angabe Laborde's (Ref. im Centralbl. f. klin. Medicin 1885 No. 15), wonach 18 mg pro Kilo Thier die tödliche Dosis sind, noch keine zuverlässige Angabe über die zulässige Maximaldosis von Cocain, und wenn Landerer auf Grund seiner Erfahrungen als regelmäßige Dosis 5 mg und als nicht zu überschreitendes Maximum 15 mg annimmt, so sah Wölfler, wenn er auch vor unvorsichtigem Gebrauch warnt, doch von der zehnfach so großen Gabe, 5 cg, nie Intoxikationserscheinungen und Roberts (l. c.) sogar nicht bei 18 cg. Außerdem besteht, wie bei Morphium und anderen Mitteln, auch eine ungleichmäßige Empfindlichkeit mancher Individuen gegen das Cocain, so dass schwächere Lösungen, die sonst zur Herbeiführung der Anästhesie genügen, in solchen Fällen sich unwirksam zeigen. Andererseits scheint sich bei gewissen Personen auch eine Idiosynkrasie gegen das Mittel zu finden, so dass selbst nach minimalen Dosen (cf. Ulbrich, Ref. im Centralbl. f. Chir. 1885 No. 28, Meyerhausen, l. c. No. 50, ferner P. Heymann: Über Intoxikation durch Cocain, Sitzung d. Berlin. med. Gesellsch. vom 4. November 1885 und folgende Debatte, Deutsche Medic. Zeitg. 1885, No. 91 und ibid. 1885 No. 26 p. 300) angebliche Intoxikationssymptome eintraten. Dieselben werden aber von den verschiedenen Autoren so verschiedenartig geschildert, bald als starke Kongestion nach dem Kopfe mit vermehrter Herzthätigkeit (Ulbrich), bald als Wirrsein im Kopf; abwechselnde Blässe und Röthe des Gesichts, kleiner und frequenter (120) Puls, bei nicht völlig erloschenem Bewusstsein (Landerer), bald als Kopfschmerz gleich nach der Operation, Trockenheit und Kratzen im Halse, Übelkeit, eine Art von Rausch, Taumeln, Erschwerung des Denkens und Sprechens (Meyerhausen), dass eine genaue Revision der diesbezüglichen Angaben Noth thut, um nicht dem Cocain Manches zur Last zu legen, was auf Rechnung ganz anderer Verhältnisse (Shock, Erregung oder durch Furcht bedingten Collaps bei der Operation, vorübergehende Störung der Cirkulation und Respiration durch die Lagerung etc. der Kranken) zu setzen ist. Zuzugeben ist ja, dass es vorsichtiger ist, zunächst kleine Dosen anzuwenden und erst bei deren Erfolglosigkeit mit der Gabe zu steigen; im Übrigen ist Amylnitrit ein gutes Gegenmittel gegen Cocainvergiftungserscheinungen.

Jedenfalls dürfte die Lokalanästhesie durch subkutane Cocaininjektionen bei den plastischen Operationen am weiblichen Genitale weitere Prüfung und ausgedehnte Anwendung verdienen.

---

## V. Cocain bei unstillbarem Erbrechen der Schwangeren.

Von

**Dr. F. Engelmann in Kreuznach.**

Frau S., 25 Jahre alt, Arbeiterfrau, gesund und kräftig gebaut, befindet sich im Anfang des dritten Monates ihrer dritten Schwangerschaft. Während der beiden ersten Schwangerschaften hatte sie während mehrerer Monate an starkem Erbrechen gelitten. Auch jetzt hatte sich dasselbe seit einigen Wochen eingestellt, Anfangs mäßig, war aber nun allmählich stärker geworden, so dass sie seit drei Tagen nichts mehr genießen kann, da jede Nahrung, selbst Wasser in kleiner Menge, Erbrechen hervorruft. Eben so muss sie jede Bewegung, selbst das Aufrichten im Bette vermeiden, da hierdurch Brechneigung entsteht. Die ganze Reihe der empfohlenen Mittel wird nach einander versucht, ohne irgend welchen Erfolg. Nur Morphium subkutan giebt vorübergehend Erleichterung, jedoch verschlimmert sich danach der Zustand nicht unbedeutend, so dass es verlassen werden muss. Die Untersuchung der Beckenorgane zeigt nichts Pathologisches. Ätzung der Portio, die hierauf versucht wird, zeigt sich als vollständig wirkungslos, eben so die von Schücking in diesen Blättern empfohlenen Eingießungen von kohlensaurem Wasser in den Mastdarm, die mir übrigens bei einem früheren leichteren Falle gute Dienste geleistet hatten. Während der Anwendung der verschiedenen Mittel waren zehn Tage verflossen, in denen die Kranke absolut keine Nahrung, nur wenige Tropfen Wasser auf einmal, zu sich genommen hatte, so dass sie zum Skelett abgemagert sich im hohen Grade von Erschöpfung befand. Ich entschloss mich daher, einen Versuch mit der von Copemann empfohlenen Cervixdilatation zu machen, auf die Gefahr hin, hierdurch den Abort einzuleiten, der als Indicatio vitalis hier wohl indicirt war. Zuvor jedoch wollte ich noch einen Versuch mit dem Heilmittel des Tages, dem Cocain machen. Von einer 10%igen Lösung ließ ich 10 Tropfen 3mal täglich nehmen. Schon nach der ersten Dosis, die am Abend genommen wurde, spürte Pat. Besserung, so dass sie versuchte, einen Schluck Wasser zu nehmen, der auch keine Brechneigung verursachte. Am anderen Morgen wiederholte sie die Dosis, trank eine halbe Stunde darauf eine Tasse Kaffee und als ich sie um Mittag sah, hatte sie bereits einen Teller Suppe genossen und erklärte sich für gesund. Noch 2 Tage wurde die Lösung in kleineren Dosen genommen, dann ausgesetzt. Erbrechen oder selbst nur Brechneigung war seit der ersten Dosis nicht mehr eingetreten, so dass die Wirkung als eine geradezu wunderbare bezeichnet werden muss. Erscheinungen unangenehmer Art, die ich auf die Wirkung des Cocain zurückführen könnte, beobachtete ich nicht, nur war der Puls etwas beschleunigt, das Gesicht geröthet.

Jetzt, nach Verlauf einer Woche, befindet sich die Pat. wohl, hat ein blühendes Aussehen. Erbrechen ist nicht wieder eingetreten, nur Morgens beim Erwachen zeigt sich leichte Brechneigung.

Seitdem habe ich das Mittel noch in zwei weiteren Fällen, die allerdings viel milder waren, angewandt, mit gleich gutem Erfolg.

Das Cocain ist zweifelsohne bereits anderweitig gegen das Leiden in ausgedehnterer Weise in Anwendung gezogen worden. In der Litteratur finde ich jedoch nur an zwei Stellen darüber berichtet. Weiss erwähnt in der Prag. med. Wchschr. 1884 No. 51 einen Fall, bei dem er es jedoch zweifelhaft lässt, ob die günstige Wirkung nicht auf Rechnung des physischen Effektes zu setzen ist; ferner ein Fall von Holz (Lyon) in Alger. méd. 1885 Aug., welcher durch 10 Tropfen einer 3%igen Lösung das Erbrechen sofort und dauernd verschwinden sah.

---

# VI. Zur Verhütung des Hängebauches.

Von

**E. Baelz** in Tokio (Japan).

In No. 3 dieses Blattes hat Herr Prof. Czerny hervorgehoben, dass man bei Engländerinnen viel seltener als bei den deutschen Frauen Hängebauch finde. Er führt das auf das Tragen einer Wochenbettbinde bei den Ersteren zurück und giebt den beherzigenswerthen Rath, solche Binden auch in Deutschland regelmäßig anzuwenden.

Da ich dieses Princip schon seit Jahren befolge und da unter meinen Privatpatientinnen sich ziemlich gleich viele Deutsche, Amerikanerinnen und Engländerinnen befinden und da dieselben alle den gleichen, besseren Ständen angehören, so darf ich mir wohl ein Urtheil über den Nutzen der Wochenbinde und über die Häufigkeit des Hängebauches bei den verschiedenen Völkern erlauben.

Unter den Frauen, welche in ihrer Heimat viele Kinder geboren, zeigen die Engländerinnen und die Amerikanerinnen etwas seltener Hängebauch als die Deutschen, aber der Unterschied ist nicht groß. Dagegen erinnere ich mich unter Tausenden der japanischen Frauen kaum jemals einen durch viele Entbindungen veranlassten Hängebauch gesehen zu haben. Das rührt daher, dass die Japanerinnen ihre Prophylaxis nicht nach der Entbindung, sondern lange vor derselben beginnen. Sobald die erste Hälfte der Schwangerschaft vorüber, sobald also der Leib anfängt sich stärker zu dehnen, wird der Frau (und zwar unter allerlei Ceremoniell) eine gut passende weiche Leibbinde angelegt, die je nach Bedarf erweitert wird. Es leuchtet ohne Weiteres ein, dass dadurch ein Vornübersinken des Uterus verhindert wird, dass derselbe mehr in der Richtung der verlängerten Beckenachse nach oben steigt. Erleichtert wird dies dadurch, dass bei der Japanerin zwei Dinge wegfallen, welche bei der Europäerin das Vorsinken der Bauchwand begünstigen, der Schnürleib und die starke Beckenneigung. Einen Schnürleib kennt die Japanerin nicht, ihre Taillenbreite, auf die Körperlänge reducirt, zeigt dieselbe Proportion wie bei griechischen Frauenstatuen, d. h. nach modernen Anschauungen ist sie plump, ihre Kleider sind Vollkleider, d. h. werden von der Schulter und nicht von der Hüfte getragen. Ihre Beckenneigung ist kleiner als die der Europäerin (genauere Angaben in dieser Hinsicht werde ich bald veröffentlichen).

Der Schwangerschaftsbinde und den eben angegebenen Verhältnissen schreibe ich es zu, dass Hängebauch bei Japanerinnen so selten beobachtet wird. Man hat ja auch in Europa Schwangerschaftsbinden, aber erstens sind sie nicht allgemein gebräuchlich, zweitens werden sie zu spät angelegt und drittens sind sie oft zu schwer, zu komplicirt, namentlich für die zu heiße Jahreszeit. Dazu kommt, dass es viele Frauen in Europa giebt, welche ihren Zustand immer möglichst lange dem Auge der Welt entziehen wollen und ihr körperliches Wohlergehen einer erzwungenen Schlankheit opfern.

Würde bei uns jede schwangere Frau vom 4. oder 5. Monat an stets eine, am besten aus Flanell bestehende, gut angepasste Binde tragen, so würde gewiss mancher Hängebauch verhindert, aber freilich die Taille würde frühzeitiger leiden.

So groß auch der Werth der Bandagirung vor der Entbindung sein mag, so glaube ich doch mit Czerny, dass auch nach der Entbindung richtige Einwicklung des Leibes von großer Bedeutung ist. Aber hier thut es eine einfache Binde, auch die in England gebräuchliche, gewöhnlich nicht. Nach erfolgter Entleerung des Uterus sinken die Bauchdecken weit hinter die Verbindungslinie der Spina ilei ant. sup. zurück und eine noch so fest angelegte Binde wird gerade in dieser Gegend über die Symphyse wenig Druck ausüben. Das Wesentliche ist, dass der Leib erst so weit mit Handtüchern, Wattebäuschen u. dgl. gepolstert wird, bis die Binde überall glatt und fest anliegt. Damit die Binde hinten überall sich gut anschmiegt, ist es am besten, sie nach Bedürfnis etwas zu falten und einzunähen, vorn soll sie in 6—8 Zipfel jederseits auslaufen. Durch Knüpfen derselben lässt sie sich jederzeit bequem etwas enger oder weiter machen und zugleich der Form des Leibes leichter anpassen.

Ist übrigens der Bauch gut gepolstert, so genügt ein leichter Druckverband, wie man ihn neuerdings nach Laparotomie öfters anwendet: Die Binde soll bis über den Nabel nach oben reichen. Sie soll aber nicht nur 8 Tage, sondern zwei Wochen liegen bleiben und auch während des ganzen folgenden Monates soll die Frau noch eine leichte Flanell- oder Baumwollbinde tragen. Zum Auffangen des Lochialsekretes wird ein mit Salicylwatte, Holzwolle oder dgl. belegtes Tuch zwischen den Beinen durchgeführt und vorn und hinten an der Leibbinde festgesteckt.

Diese Behandlung schützt sicher gegen Hängebauch. Wenigstens habe ich nie einen solchen entstehen sehen. Wie ich aus Erfahrung weiß, ist die Binde vielen Frauen nicht bloß nicht lästig, sondern sogar angenehm, weil sie ihnen ein Gefühl von Halt giebt.

---

## VII. Über Katgut als Nähmaterial.

Von

**Dr. Dionys v. Szabó,**

I. Assistent an der Budapester I. geburtsh.-gynäk. Universitätsklinik des Prof. v. Késmárszky.

Die Zweckmäßigkeit der Vereinigung von frischen Scheiden- und Dammwunden gleich nach der Entbindung wird kaum Jemand leugnen; die Art und Weise der Vereinigung kann noch den Gegenstand von Erörterungen abgeben. In unserem Institute haben wir Serre-fines, Silberdraht, Seiden- und Katgutknopfnähte in Anwendung gehabt; am meisten haben sich die Silberdrahtnähte bewährt (siehe v. Késmárszky, Klin. Mittheil., Stuttgart, F. Enke, 1884 p. 120).

Seitdem Bröse in No. 49 des Centralbl. f. Gynäk. 1883 die Katgutkürschnernaht auf Grund der guten Resultate in der Berliner Universitätsfrauenklinik auf das wärmste empfohlen hat, wird in unserer Klinik nur noch diese Naht geübt. Unter fortwährender Berieselung der Risswunde mit einer Sublimatlösung von 1 : 4000 werden die Oberfläche der Wunde, so wie die Rissränder mit der Schere sorgfältig geglättet, sodann wird am oberen Ende des Scheidenrisses der dünne Katgutfaden unter der Wundfläche durchgeführt[1], geknotet und mit Spiraltouren der ganze Riss vereinigt, endlich die Naht mit Jodoform bestreut. Auch die Naht von Abzweigungen des Risses, so wie zur Entspannung dienende versenkte Touren können mit demselben Faden gemacht werden. Die Nachbehandlung im Wochenbette besteht in einfachem Abspülen der äußeren Genitalien zweimal täglich und im Erneuern der schützenden Jodoformschicht, je nach Bedarf.

In den Jahren 1878—1883 wurden 176 Dammrisse mit Silberdraht, seit dieser Zeit 161 Dammrisse mit Katgutkürschnernaht vereinigt. Der Gesundheitszustand hat sich in der Klinik im Allgemeinen verbessert und mehr diesem Umstande, als dem angewandten Nähmaterial ist es zuzuschreiben, dass das Wochenbett bei der Katgutnaht günstiger verlief.

| | fieberloses Wochenbett | eine Temperatursteig. | fieberh. Wochenbett |
|---|---|---|---|
| 176 Silberdrahtnähte | 87 = 49,43% | 19 = 10,79% | 70 = 39,47% |
| 161 Katgutkürschnernähte | 120 = 74,53% | 18 = 11,18% | 23 = 14,28% |

Zum Vergleich der beiden Nähmateriale sind in Folge dessen nur diejenigen Fälle zu gebrauchen, bei denen das Wochenbett fieberlos verlief. Der Vergleich fällt zu Gunsten der Katgutkürschnernaht aus; die Vortheile sind folgende:

a) die Naht kann schneller ausgeführt werden, als mit Silberdraht, ist weniger umständlich, so dass es sich auch in der Privatpraxis lohnt, selbst kleine Risse zu vereinigen.

b) Das Resultat der Vereinigung ist günstiger, als bei der Naht mit dem Silberdraht, wie folgende Übersicht zeigt:

| Resultat der Naht | Fieberloses Wochenbett | | Im Allgemeinen | |
|---|---|---|---|---|
| | Silberdraht | Katgut | Silberdraht | Katgut |
| vollständig verheilt | 58 = 66,66% | 96 = 80,00% | 86 = 48,86% | 123 = 76,39% |
| theilweise verheilt | 18 = 20,68% | 17 = 14,16% | 46 = 26,13% | 22 = 13,66% |
| nicht verheilt | 11 = 12,64% | 7 = 5,83% | 44 = 25,00% | 16 = 9,93% |
| | 87 | 120 | 176 | 161 |

Nicht nur im Allgemeinen sind die Resultate günstiger nach der Vereinigung des Risses durch die Katgutkürschnernaht, was als Folge der günstigeren Wochenbettsverhältnisse betrachtet werden könnte, sondern auch bei dem gleich fieberlosen Verlauf des Wochenbettes sehen wir das Resultat noch immer günstiger als nach Silberdrahtnähten. Als theilweise verheilt habe ich bei Katgutnähten auch solche betrachtet, wo nur die Übergangsstelle granulirte; unter den 7 nicht verheilten sind 4 Dammrisse nach schweren geburtshilflichen Operationen (2mal Zange, 2mal Wendung und Extraktion).

c) Ist keine Intention zur Verheilung vorhanden wegen Belegtsein der Wunde bei stark gequetschten Rissen, ist die Spannung zu groß, so geht der Katgutfaden entzwei und die Wundfläche liegt offen, kann somit auch rein gehalten werden. Beim Entfernen von Silberdrahtnähten ist gar nicht selten der Riss nicht nur nicht verheilt, sondern auch stark belegt gefunden worden; zweimal sahen wir bei Silberdraht auch Abscesse in dem neuen Damm entstehen; keinmal bisher bei Katgut. Diese geringere Widerstandsfähigkeit des Katguts hindert aber nicht, dass selbst bei fieberhaftem Wochenbette die Vereinigungsresultate günstiger sind, als nach Silberdrahtnähten, wie aus folgender Tabelle ersichtlich.

| Wochenbettsverlauf | Vereinigung | Verheilt | Theilweise verheilt | Nicht verheilt |
|---|---|---|---|---|
| eine Temperatursteigerung | Silberdraht | 11 = 57,89% | 3 = 15,78% | 5 = 26,31% |
| | Katgut | 13 = 72,22% | 3 = 16,66% | 2 = 11,11% |
| fieberhaft | Silberdraht | 17 = 24,28% | 25 = 35,71% | 28 = 40,00% |
| | Katgut | 14 = 60,86% | 2 = 8,69% | 7 = 30,43% |

d) Der dünne Katgutfaden schneidet nicht so stark ein, wie der Silberdraht, bei dessen Entfernen fast regelmäßig Querrinnen, auch kleine Decubitusstellen belegte Wunden darstellen, die oft noch eine weitere Behandlung erfordern. Nach fieberlosem Wochenbettsverlauf sind die Wöchnerinnen, die mit Katgutkürschnernaht genäht waren, durchschnittlich am 9,30 Tage entlassen worden, die mit Silberdraht genähten erst am 11,27 Tage.

e) Der Katgutfaden muss nicht entfernt werden; wie schwer, blutig und schmerzhaft nicht selten das Entfernen der Silberdrahtnähte ist, braucht wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden, da es allgemein bekannt ist.

Hingegen hat die Kürschnernaht den einen Nachtheil, dass die Wundränder nicht immer gleichmäßig anliegen; namentlich in der Scheide, wo eine gleichmäßige Naht, bei unregelmäßigen Rissen, schon größere technische Fertigkeit erfordert, ist hier und da eine kleine Hervorwölbung des einen Wundrandes schwer zu vermeiden. An solchen Stellen bleibt eine kleine granulirende Wundfläche, der Scheidenriss ist nur theilweise oder gar nicht verheilt. Das Resultat der Vereinigung des Scheidenrisses bei verheiltem Damm, nach fieberlosem Verlauf des Wochenbettes ist folgendes:

| | Scheidenriss verheilt | theilweise verheilt | nicht verheilt |
|---|---|---|---|
| 86 Silberdrahtnähte | 60 = 69,76% | 15 = 17,44% | 11 = 12,79% |
| 123 Katgutkürschnernähte | 83 = 67,47% | 34 = 27,64% | 6 = 4,87% |

Dieser Nachtheil der Katgutkürschnernaht ist im Grund genommen nicht zu groß, da ein gänzliches Auseinanderweichen des Scheidenrisses, doch noch seltener vorgekommen ist, als bei Silberdraht.

Nachdem das Katgut (ausgezeichnetes hiesiges Präparat) bei frischen Dammrissen sich bewährt hatte, so versuchten wir dasselbe auch bei alten Dammrissen mit Vorfall der Gebärmutter. Drei Fälle von Kolporrhaphia anterior wurden mit der Kürschnernaht versucht, aber nur in einem Falle eine theilweise Verheilung erzielt, während in den beiden anderen Fällen gar keine Verheilung eintrat; die Spannung der Wundränder scheint für das schwache Katgut doch zu groß. Bei der Kolporrhaphia post. und Perineoplastik mit der Katgutkürschnernaht eine Verheilung zu erzielen, schien uns wegen der noch größeren Spannung gar nicht wahrscheinlich; doch das engere Aneinanderlegen der Wundflächen, mittels versenkter Touren, versprach Vortheile durch Herabsetzen der Spannung. Der Versuch misslang in drei Fällen. Die Zumuthung, dass das dünne perivaginale Gewebe die große Masse Katgut aufsauge, oder einheile, scheint doch übertrieben zu sein. Auch mit der Katgutknopfnaht haben wir in 4 Fällen nur Misserfolge gesehen, so dass wir bei Prolapsoperationen wieder zu den Silberdrahtnähten zurückkehrten.

Das schwere Abstoßen des Stumpfes, die langwierige Eiterung, der dadurch unterhaltene Fluss, nach gänzlicher Entfernung der krebsig erkrankten Gebärmutter durch die Scheide, gab die Idee, zu den Unterbindungen im Scheidengewölbe, so wie in den breiten Mutterbändern, nur Katgut zu gebrauchen. Im ersten Fall starb die Pat. am 4. Tage nach der Operation und die Sektion ergab, dass das dicke, dreimal geknotete Katgut, obgleich die Unterbindungen in entartetes Gewebe zu liegen kamen, ausgezeichnet hielt. Im zweiten Falle, in dem wir zu Unterbindungen nur Katgut gebrauchten (beide Fälle nach Fritsch operirt) erfolgte gänzlich ungestörte Heilung; Katgutfäden gingen schon am 8. Tage fast ohne jede Eiterung ab und am 25. Tage fand sich im Scheidengewölbe eine kleine granulirende Einziehung. Bei unseren zwei Fällen mit Seidenunterbindungen waren wir dagegen gezwungen, die Seidenfäden am 21. resp. am 25. Tage mit der Schere zu entfernen, weil sie Eiterung und übelriechenden Fluss unterhielten.

Bei Laparotomien gebrauchen wir in der Bauchhöhle nur noch Katgut, selbst zur Unterbindung des Stieles, seit Juni 1885; Katgut haben wir bis jetzt in 8 Fällen von Ovarialtumoren (5 Ovarialcysten, 1 Dermoidcyste, 2 maligne Tumoren) und in 1 Falle von supravaginaler Amputation der Gebärmutter wegen Fibromyom verwendet. In allen diesen Fällen hat sich das Katgut so gut bewährt, dass wir es auch fernerhin gebrauchen werden.

---

## VIII. Anlegung des Verbandes bei Krankheiten der Brüste.

Von

**Dr. Salugowsky.**

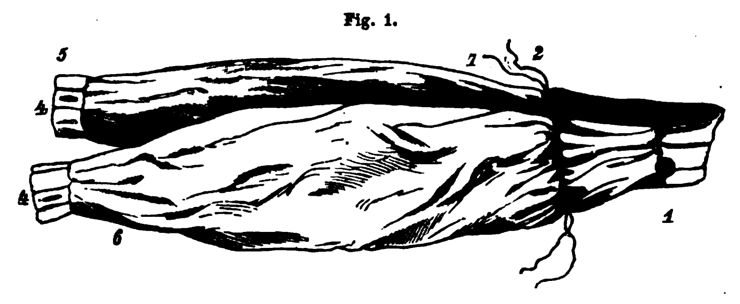
In Folge der Unbequemlichkeiten bei Anlegung des Verbandes vermittels Binden, Tücher und Kompressen bei Verschlagung der Milch und anderen Brustkrankheiten, bemühte ich mich im Verlaufe von circa 20 Jahren alle nöthigen Verbesserungen der Verbandformen zu einem Ganzen zu vereinigen. Meiner Meinung nach sind Einfachheit, Bequemlichkeit und Nutzen Forderungen, welche erfüllt sein müssen bei Anlegung des Verbandes. Die Beschreibung des letzteren übergebe ich dem Urtheil meiner Kollegen.

Beschreibung des Verbandes.

Die Binde besteht aus einem 193 cm langen Leinwandstreifen. Die Fig. 1 stellt die zusammengelegte Binde vor, deren Länge $96^1/_2$ cm beträgt. 6 cm aus der Mitte befindet sich ein Knopf angenäht an dem oberen Drittheil. Die Binde hat zwei solcher Knöpfe, deren Entfernung von einander 11 cm beträgt. Die Binde hat zwei Bänder auf jeder Hälfte. Auf dem oberen Ende befindet sich dasselbe in der Entfernung von $15^1/_2$ cm vom Knopf, auf dem unteren $2^1/_2$ cm. Die Entfer-

nung des Bändchens vom oberen Ende der Binde beträgt 80 cm, vom unteren 78 cm. Falten sind drei, jede besteht sowohl in der Mitte, wie auch am Ende aus 3 cm. Der Haken befindet sich von dem unteren Bändchen in einer Entfer-

Fig. 1.



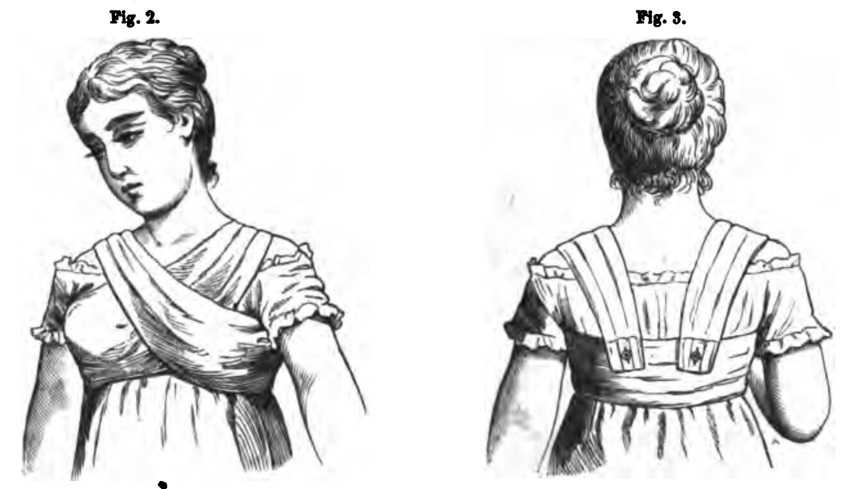

nung von 11 cm, vom Ende der Binde $22^1/_2$ cm. Der Haken und die Schlinge werden auf dem unteren Ende der Binde angenäht. Jedes Ende hat eine Schlinge für den Knopf.

### Anlegung der Binde.

Die Binde wird in Ordnung gebracht und auf dem Rücken unter den Schulterblättern angelegt, so dass die Knöpfe oben und außen bleiben. Die Enden der Binde gehen durch die Achselhöhle durch nach vorn. Das linke führt man durch die linke, das rechte durch die rechte Achselhöhle.

Das eine Ende z. B. das linke der Binde hält die Kranke, das rechte bringe man durch die Achselhöhle hindurch, mit der freien Hand hebe man die rechte Brust nach oben und zwar nach links, glätte die Falten des Hemdes und kontrollire den Zustand der auf der Brust angewandten Mittel, bringe die Binde über die gehobene Brust (umschließe sie) zur linken Schulter (Fig. 3) und ziehe sie an. Darauf bringe man das Ende der Binde über die Schulter zum Rücken und be-

Fig. 2. Fig. 3.



festige dasselbe unten am linken Knopf (Fig. 2). Muss die Binde fester sein, so befestige man das Ende am rechten Knopf. Darauf nehme man das von der Kranken gehaltene Ende, ziehe es an, und führe es zur rechten Schulter (Fig. 3) hebe die Brust nach oben und rechts, glätte die Falten etc., umfange die Brust mit der Binde, führe das Ende zur rechten Schulter und befestige unten am Rücken am Knopf. Darauf überzeuge man sich von der guten und ruhigen Lage der Brüste, ziehe die Bändchen an und befestige sie an der Schlinge, vorn schließe man den Haken. Die Binde muss täglich gewechselt werden.

Die Bequemlichkeit der Binde.

Die von mir angewandte Binde ersetzt Bänder, Tücher etc. und hat den Vortheil, dass hier keine auf einander liegende Rückgänge vorkommen, welche bei der Bewegung des Körpers aus einander gehen. Dieses wird von Prof. Billroth als der Hauptfehler, der mit Stecknadel und Annähen befestigten Binden betrachtet. Der Druck der von mir benutzten Binde ist gleichmäßig vertheilt, die Bewegung der Arme ist vollkommen frei und die angewandten Medikamente halten sich ausgezeichnet unter derselben. Bei Anwendung meiner Binde bei Verschlagung der Milch beruhigen sich die Kranken sofort. Der Haltepunkt der Binde sind die Schultern. Die oben beschriebene Binde hat folgende Vorzüge: »1) Die Brüste werden unterstützt gehalten. 2) Der Druck ist leicht und vertheilt sich gleichmäßig. 3) Die angewandten Medikamente werden fest auf den Brüsten gehalten. 4) Die Nahrung des Kindes oder die Entfernung der Milch kann ungehindert, ohne die Binde zu entfernen, ausgeführt werden und jede Frau, welche das Kind nicht nähren will, ist bei Anlegung meiner Binde vor Erkrankungen der Brüste geschützt, wesshalb ich dieselbe Contra mastitis-Binde nenne.

---

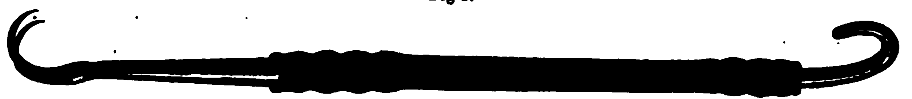
## IX. Ein mechanischer Assistent.

Von

**Alfred Bidder** in Berlin.

Das Instrument besteht aus 3 Theilen: einem scharfen einfachen oder Doppelhaken, einem stumpfen Haken und einem mittleren verbindenden Stück Gummischlauch; der letztere ist nach Bedürfnis länger oder kürzer und wird über die knopfförmigen Anschwellungen der kurzen Hakenstiele geschoben. In folgender Weise wird

Fig 1.



der »Speculum-Halter« benutzt: Nach Einführung des röhrenförmigen Speculums und Sichtbarwerden der Vaginalportion fasst man den Stiel des (spitzen) scharfen Hakens mit einer Kornzange, führt die Spitze in den Muttermund und hakt ein; sodann ergreift man den stumpfen Haken und legt ihn unter Dehnung des Gummischlauches über den vor der Vulva stehenden Rand des Speculums. Fig. 2 soll den »Halter« in dieser Stellung zeigen. (Diese Figur ist nachgebildet der Fig. 1 in Fritsch: Die Lageveränderungen etc. der Gebärmutter, Stuttgart 1885; mit Einfügung eines Längsdurchschnittes vom Speculum und des Halters). Jetzt wird durch den Halter einerseits der Cervix in das Speculum gezogen und das letztere andererseits gleichzeitig in seiner Stellung fixirt. Ist der Muttermund groß und breit, so benutzt man einen Doppelhaken, ist er jungfräulich klein, einen einfachen Haken. Man kann ihn je nach Bedürfnis in die hintere oder die vordere Muttermundslippe einsetzen. Der Zug des Halters bewirkt eine größere oder geringere Korrektion der Stellung

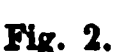
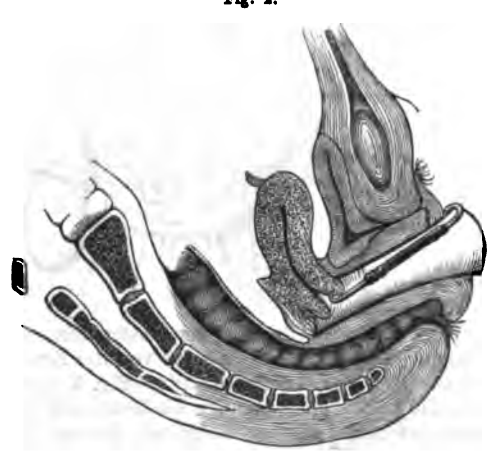


Fig. 2.



des Uterus bei etwaigen Lageveränderungen, hält den Muttermund gut in der Mitte des Speculums und öffnet etwas den letzteren. Das Einhaken ist endlich nicht schmerzhaft. Sind nun Uterus und Speculum in dieser Weise fixirt, so hat der Arzt beide Hände frei und kann mit Bequemlichkeit entweder kleinere operative Eingriffe (Sondirung, Einspritzung in die Uterushöhle, Ausschabungen des Cervix etc., Spaltung des Os uteri etc.) vornehmen, oder einfache medikamentöse Applikationen an die Vaginalportion etc. machen. Ist Alles beendet, so lässt sich der Halter sehr leicht aushaken und vor dem Speculum entfernen. Dieser mechanische Assistent wird vom Instrumentenmacher Detert (Berlin, W. Französische Straße 53) nach meiner Angabe angefertigt. Ich brauche endlich kaum hinzuzufügen, dass mir der »Halter« bereits die nützlichsten Dienste erwiesen hat.

---

## 1) **Schadeck** (Kiew). Kritische Bemerkungen über die Theorie der syphilitischen Reinfektion der Mutter durch den Fötus.

(Vortrag, gehalten am 30. Nov. 1885 in d. Gesellschaft d. Ärzte zu Kiew. [Russisch.])
(St. Petersburger med. Wochenschrift 1886. No. 16. [Deutsch.])

Verf. erkennt an, dass die Möglichkeit der Erkrankung einer bis dahin gesunden Mutter durch den vom Vater inficirten Fötus (von den Franzosen »choc en retour« genannt) trotz einiger dagegen erhobenen Zweifel (Bärensprung, Kassowitz, Anton, Wiede und Weil) augenblicklich allgemein als bewiesen angenommen wird. Er sucht indess nachzuweisen, dass der »choc en retour« nicht auf Thatsachen gegründet und nur eine Hypothese ist.

Zunächst weist er die Hutchinson'sche Theorie von der allmählichen chronischen Infektion der Mutter und der auf Monate und Jahre verlängerten Inkubationsdauer zurück, da ja das Gift durch das Blut sogleich überall hin verbreitet werde und die Stärke des syphilitischen Giftes (das Verf. mit Lustgarten in zelligen Elementen sucht) nicht von der Quantität des Kontagiums abhänge, sondern von dem Grade der Widerstandsfähigkeit des Organismus. Die Inkubationsdauer der Syphilis ist aber nach genauen Untersuchungen bestimmt auf wenige Wochen und Monate festgestellt.

Die Möglichkeit des Überganges geformter Elemente von der Mutter auf den Fötus ist trotz aller darauf bezüglichen Experimente noch nicht sichergestellt, der Übergang geformter Elemente vom Fötus auf die Mutter ist bis jetzt überhaupt nicht bewiesen.

Die vielen als Beweis des »choc en retour« angeführten Fälle sind bei näherer Erörterung nicht vollkommen beweiskräftig; theils waren bei der Mutter, theils beim Vater und dem Fötus syphilitische Erscheinungen nicht sicher nachgewiesen worden, theils traten die syphilitischen Erscheinungen bei der Mutter sehr bald nach der Konception auf, und überhaupt lässt sich in keinem der angeführten Fälle mit Sicherheit eine ursprüngliche Initialsklerose ausschließen, welche schon vergangen sein kann oder an Stellen gesessen hat, die schwer der Untersuchung zugänglich sind.

Wenn Ref. auch nicht mit allen Ansichten des Verf. übereinstimmt, so wollte er doch nicht dem größeren medicinischen Publikum

die Kenntnis dieser ungemein fleißigen und gründlichen Arbeit entziehen.

**Reimann** (Kiew).

---

## 2) G. Krukenberg (Bonn). Zur Frage der fötalen Nierensekretion und der Fruchtwasserbildung.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 2.)

K., welcher schon früher Untersuchungen über die Herkunft des Fruchtwassers angestellt hat (cf. Ref. Centralbl. 1884 p. 43), durch dieselben aber zu wesentlich anderen Resultaten, wie Wiener (Ref. ibid. p. 691), gelangt ist, hat sich von Neuem mit dieser Frage beschäftigt. Auch jetzt hält er seine Behauptung aufrecht, dass eine regelmäßige und ausgiebige Thätigkeit der fötalen Niere nicht existire, obwohl bei 4 seiner Versuche (subkutane Jodkaliumapplikation an das Mutterthier) in den Nieren resp. im Urin des Fötus sich Jodkalium nachweisen ließ. In einem Fall wurden die Nieren aber erst eine Stunde nach Entwicklung der Föten excidirt, waren also nicht mehr als fötale anzusehen. Drei andere Früchte waren bereits asphyktisch, der Blutdruck also pathologisch gesteigert gewesen.

Auch die Frage, auf welchem Weg das Jodkalium resp. ein anderer leicht löslicher Stoff bei den Thierexperimenten in das Fruchtwasser gelangt, erörtert K. nochmals auf Grund neuer Versuche. Er ging bei denselben aus von dem verschiedenen Bau der Eihäute verschiedener Thierarten. Wenn seine Ansicht, welche auch die Zuntz's und Wiener's ist, richtig war, dass nämlich beim Kaninchen am Ende der Tragzeit das Jodkalium durch die Eihäute in das Fruchtwasser übertritt und dies erst gegen Ende der Schwangerschaft geschieht, weil erst allmählich die Eihäute speciell das Chorion (Ektoderm) durchlässig werden, so musste beim Meerschweinchen, dessen äußerer Eihaut das Ektoderm vollständig fehlt, Jodkalium schon in sehr früher Zeit in dem serösen Raum sich finden. In der That bestätigten K.'s Versuche diese Vermuthung vollständig.

Bei Hündinnen und Katzen, deren Eihautstruktur zahlreiche Epithelschichten aufweist, fand sich dagegen in der Allantoisflüssigkeit (in Bezug auf die Versuche dem serösen Raum der Kaninchen und Meerschweinchen entsprechend) selbst am Ende der Tragzeit keine Reaktion oder nur Spuren einer solchen. Auch im Fruchtwasser war nur selten und auch dann nur eine sehr schwache Reaktion vorhanden. Wenn nun beim Kaninchen und Meerschweinchen die Föten am Ende der Tragzeit die wesentliche Quelle des im Fruchtwasser vorhandenen Jodkalium wären, so wäre ganz unerklärlich, wesshalb denn nicht auch die Föten der Hündinnen und Katzen Jodkalium ausscheiden. Nur wenn man annimmt, dass das letztere von den Eihäuten her ins Fruchtwasser gelangt sei, ist der Befund bei diesen Thieren sehr einfach zu erklären; er entspricht dem, was man nach den reichlichen Epithelschichten der Eihäute erwarten musste.

K. kommt also zu dem Schluss, dass wesentlich die Ektodermschichten der Eihäute dem Übertritt des Jodkalium in das Fruchtwasser hinderlich sind, und dass da, wo sich bei der üblichen Versuchsanordnung am Ende der Tragzeit regelmäßig eine stärkere Jodreaktion im Fruchtwasser findet, das Jodkalium durch die Eihäute hindurch in dasselbe gelangt ist. Diese Ergebnisse auch auf den Menschen zu übertragen, hält er sich nicht für berechtigt; er bemerkt aber, dass aus den Versuchen auch keine Thatsache bekannt geworden ist, welche Veranlassung gäbe, für den Menschen ein anderes Verhalten anzunehmen.

In einem kurzen Anhang theilt K. die der Arbeit zu Grunde liegenden 19 Versuche mit.

Graefe (Halle a/S.).

---

# Kasuistik.

3) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 27. April 1886.

Vorsitzender: Herr Reusche, Schriftführer: Herr Jaffé.

I. Herr Haeckermann: Geburtshindernis, veranlasst durch abnorme Größe eines Kindes.

In seinem Lehrbuche führt Schröder aus, »dass von pathologischen Verhältnissen abgesehen die Kinder nie so groß werden, um Hindernisse so ernster Natur, wie sie bei engem Becken nicht selten auftreten, zu veranlassen; wohl aber könne auch bei normalem Becken die abweichende Größe des Kindes einige Schwierigkeiten bereiten«.

Das in diesen Worten bestätigte seltene Vorkommen eines Geburtshindernisses chwerster Art bei normalem Becken, veranlasst durch abweichende Größe einer normal entwickelten Frucht, mag die Mittheilung folgenden Falles rechtfertigen:

Am 8. Januar 1886 $8^h$ p. m. wurde ich zu einer IXpara gerufen, welche stets ohne Kunsthilfe entbunden war. Verlauf der früheren Geburten bot nichts Besonderes. Status praesens: Ungemein kräftige Frau, 33 Jahre alt, von gutem Knochenbau; letzte Periode 4. April 1885, also normale Dauer der Schwangerschaft. Das Abdomen zeigte eine enorme Ausdehnung, wie ich sie bei Zwillingen kaum beobachtet habe. Nur mit meiner Unterstützung war ein Wechsel aus der Seiten- in die Rückenlage möglich. An den Füßen starkes Ödem. Wehen seit $6^h$ a. m. Abfluss des Fruchtwassers 12 Uhr Mittags. Äußerer Befund: Rücken rechts vom Nabel, ebendaselbst die Herztöne in normaler Frequenz. Innerer Befund: Kopf im Becken, kleine Fontanelle rechts vorn. Diagnose auf Zwillinge war nicht zu stellen, obgleich ich eigentlich nicht daran zweifelte. Da die Kreißende sehr erschöpft war und der Kopf bei den nächsten Wehen nicht weiter vorrückte, legte ich die Zange an. Es gelang dies auch ohne Schwierigkeit bis zur Entwicklung des Hinterhauptes; nun konnte ich aber wegen starker Ausdehnung des Abdomens die Griffe nicht genügend nach dem Bauche hin bewegen, um den vorderen Theil des Kopfes über den Damm zu befördern. Die Zange glitt von dem sehr großen Kopfe ab. Für die räumlichen Verhältnisse spricht nun, dass ich mit beiden Händen bequem eingehen konnte, den Kopf hinter dem Kinn erfasste und ihn so entwickelte. Ein alter Dammriss war vorhanden. Jetzt aber blieb jeder Versuch, durch vorsichtigen Zug am Kopf, wie durch energische Traktionen in der Achselhöhle die bereits im Becken befindlichen im rechten schrägen Durchmesser stehenden Schultern zu entwickeln, erfolglos. Das Gesicht des Kin-

des wurde von Minute zu Minute blauer, bis nach ca. 10 Minuten der Tod erfolgte. Auch nun konnte ein Zug am Kopf, mit aller Gewalt ausgeführt, so dass die Verbindung der Halswirbel lädirt wurde, die Schultern nicht zum Vorschein bringen. Erst nachdem ich den linken vorderen Arm heruntergeholt hatte, wobei ich ihn brechen musste und so Raum geschaffen war, konnte ich die Frau entbinden.

Die normal entwickelte Frucht, ein Mädchen, wog $6^1/_2$ Kilo und war 65 cm lang. Etwas der Länge ist jedenfalls auf den Zug abzurechnen, den ich nach dem Tode des Kindes mit aller Gewalt am Kopfe ausgeübt hatte. Erwähnt sei, dass das schwerste der von Schröder selbst gewogenen Kinder 4950 g aufwies, Hecker beobachtete eines von 5000—5500 g, v. Haselberg von 10 Pfund 25 Loth.

Die Schulterbreite des Kindes betrug $19^1/_2$ cm.

Die Beckenmaße der Frau sind folgende: Spina $29^1/_2$, Cristae $31^1/_2$, Conj. ext. 21, Diag. $12^3/_4$.

Das Becken, welches ich auch ausgetastet habe, ist also ein weites, von durchaus regelmäßiger Entwicklung in seinen räumlichen Verhältnissen.

Das Besondere des Falles liegt darin, dass bei einem großen proportional gestalteten Becken nach Geburt des Kopfes die im Becken befindlichen Schultern zu breit und gewaltig waren, um den Ausgang passiren zu können. Hätte ich den Arm, auf die Gefahr hin ihn zu brechen, früher entwickelt und so Raum geschaffen, würde ich vielleicht das Kind gerettet haben.

Diskussion. Herr Lomer fragt, ob nicht vielleicht eine »Übertragung« des Kindes (Partus serotinus) vorgelegen habe? Hierbei kämen sehr schwere Kinder zur Welt. Ein Abgleiten der Zange sah L. ebenfalls bei sehr großem Kopf; dies liegt an der Konstruktion der gebräuchlichen Zangen.

Herr Haeckermann stellt eine Übertragung des Kindes für den vorliegenden Fall in Abrede.

II. Herr Strack sah jüngst einen Fall von Vorderscheitellage, an dem er das von Lomer für diese Lage angegebene charakteristische Symptom deutlich konstatiren konnte. Dasselbe besteht bekanntlich darin, dass man hinter der Symphyse ein Ohr fühlen kann. In seinem Falle machte S. die Wendung und extrahirte ein lebendes Kind.

III. Herr Reusche theilt einen Fall merkwürdiger Heilung eines Muttermals mit.

Im September a. pr. kam eine Bäuerin mit ihrem 7 Monate alten Kinde zu R., das an einer großen Labie eine kongenitale, erektile Geschwulst von der Größe und Farbe einer Himbeere besaß. Dieselbe pulsirte und wurde beim Schreien größer. R. wollte den Tumor durch Vaccination heilen und bestellte die Frau wieder. Als sie im Oktober wiederkam und das Kind entkleidete, schwamm dasselbe in Blut. Eine große Tuchnadel hatte das Mal an 2 Stellen angebohrt; dasselbe war kollabirt und blutete ziemlich stark. R. desinficirte die Stichwunden, legte einen Kompressivverband an und gab der Mutter auf, fleißig Digitalkompression auf den Tumor auszuüben. Nach 5 Tagen sah R. das Kind wieder. Blutung war nicht wieder aufgetreten, der Tumor verschwunden. Noch 4 Wochen später konnte R. die komplete Heilung konstatiren. In anderen Fällen hat R. solche Naevi stets durch Vaccination zur Heilung gebracht.

IV. Herr Oberg theilt einen Fall von akuter Herzschwäche post partum mit. Es handelte sich um eine Sturzgeburt, die bereits vollendet war, als O. zur Frau kam. Die Eröffnungsperiode war im Gegentheil sehr langsam verlaufen. O. fand große Blässe, Sopor, Oppressionsgefühl, Puls langsam und schwach. Der Uterus schien gut kontrahirt, der Blutverlust war nur sehr gering gewesen. Trotz Kampher und anderen Analepticis wurde der Puls Anfangs noch schwächer, erst nach einer Stunde trat langsame Erholung ein. Das Wochenbett verlief normal. Der Fall betraf übrigens eine 35jährige etwas pastöse Vpara, die in letzter Zeit viel Aufregung durchzumachen gehabt hatte.

Diskussion. Herr Haeckermann sieht im Partus praecipitatus die Ursache der Herzschwäche.

Herr Lomer vermuthet, es könne in Folge desselben eine partielle Inversio uteri noch dabei gewesen sein.

Herr Ratjen glaubt doch, dass am Herzen nicht Alles in Ordnung gewesen sei.

Herr Oberg erwiedert Herrn Lomer, dass Inversio uteri sicher ausgeschlossen werden könne.

Herr Strack erinnert an einen früher von ihm berichteten Fall eines tödlichen Collapses nach einer Wendung, wo ebenfalls eine Herzaffektion nicht vorlag. Eine solche ist bei den post partum entstehenden Collapsen nicht nöthig anzunehmen.

---

## 4) Aus englischen medicinischen Gesellschaften.

### Obstetrical Society of London.

(Lancet 1885. Oktober 24.)

Dr. M. Duncan. Die Hypertrophie ist kein wesentlicher Theil des Lupus. Ulceration kommt ohne Hypertrophie vor, Hypertrophie aber selten ohne Ulceration. Die Ulceration ist in schweren Fällen ausgedehnter als die Hypertrophie. Ein hypertrophischer Theil kann ulceriren und die Ulceration kann heilen ohne die Hypertrophie zu beseitigen. Die Hypertrophien sind meist nicht schmerzhaft, an der Urethra aber, besonders an den Urethralkarunkeln, ist dieselbe sehr schmerzhaft auf Berührung hin. Dr. Hutchinson glaubt, dass es sich in den Fällen Duncan's um Syphilis handelt; er erinnert sich nur 1 oder 2 Fälle von Lupus der Vulva gesehen zu haben. Dr. Playfair hat ähnliche Fälle, wie die von Duncan beschriebenen in Indien gesehen und sie für Elephantiasis gehalten. Dr. Galabin fragt nach der Histologie der Fälle, er hält sie auch für Syphilis. Dr. Thin hat in allen Fällen Duncan's denselben mikroskopischen Befund erhalten: kleinzellige Infiltration unter dem Epithel und Blutgefäßentwicklung; keine Entzündung. Vidal in Paris sah unter 150 Lupusfällen nie Lupus der Vulva; eben so Kaposi. Er hält die Duncan'schen Fälle für eine besondere Erkrankung. Dr. West glaubt die Krankheit zuerst vor 25 Jahren beschrieben zu haben, er hat keine Zeichen von Syphilis entdecken können. Dr. W. Duncan hat vor 2 Jahren eine große Geschwulst der Vulva entfernt bei tertiärer Syphilis, ein Recidiv schwand bei Jod in Quecksilberbehandlung. Dr. Harrock's fragt, ob Duncan Lupus vulgaris oder syphiliticus meine; er habe eine ähnliche Geschwulst der Vulva entfernt, die einer antisyphilitischen Behandlung widerstanden habe. Dr. M. Duncan hat bei seinen Fällen stets Syphilis ausschließen können; die Krankheit sei in ihren Erscheinungen ganz verschieden von tertiärer Syphilis; in einer späteren Abhandlung will er über die Entzündungserscheinungen und die Histologie der Krankheit berichten.

(Lancet 1885. November 21.)

Dr. Herman kommt in einer Abhandlung über Eiterung und Absonderung dermoider Cysten im Becken zur Aufstellung nachfolgender Sätze: 1) Eiterung von Dermoidcysten begünstigt bisweilen die Heilung. 2) Dies besonders bei unilokulären mit Eröffnung in die Vagina. 3) Kleine Cysten wachsen bei Eiterung oft sehr rapide. 4) Polypös sich aus der Perforationsöffnung vorstülpende Cystentheile stoßen sich von selbst ab und können leicht aktiv entfernt werden. 5) Nur, wenn leicht ausführbar, soll man dieses Naturverfahren nachahmen. 6) Wenn eine vereiterte Dermoidcyste entleert ist, zieht sich die Wand zusammen und heilt aus oder hinterlässt einen bedeutungslosen Sinus. 7) Die Perforationsöffnung soll vorsichtig erweitert und die soliden Tumorbestandtheile sollen ohne Gewalt entfernt werden. 8) Ist die Perforation nach der Blase erfolgt, so soll die vaginale Cystotomie und nicht die forcirte Dilatation der Urethra gemacht werden. 10) Ist die

Cyste multilokulär, so ist wegen zu fürchtender langdauernder Eiterung die Laparotomie auszuführen.

Dr. Knowsley Thornton spricht sich für die Laparotomie gegenüber der abzehrenden Eiterung aus. Er stimmt Herman rücksichtlich der Ansicht über die Blasenbehandlung bei. Mr. Doran: Abdominale Dermoidcysten sind eigentlich am Stiel abgetrennte Ovariale. Dermoidcysten im Becken sind bisweilen nicht ovariell. Dr. Braxton Hicks: manche von den beschriebenen Dermoidcysten sind sog. Foetus in foetu. Dr. Routh stimmt Letzterem bei.

Dr. Playfair ist gegen die forcirte Erweiterung der Urethra, er sah von der vaginalen Cystotomie gute Erfolge. Dr. Galabin spricht sich entschieden für die vaginale Cystotomie gegenüber der Dilatation der Urethra aus. Die Incisionsöffnung heilt schnell. **Düvelius** (Berlin).

## 5) Société de chirurgie.

(Revue de chir. 1886. No. 3.)

Delesmau. Porro-Operation.

Eine 22jährige rachitische Person wird im 8. Monat der Schwangerschaft aufgenommen. Conj. diag. 5 cm (!). Porro'sche Operation mit Hervorwälzung des Uterus nach Müller. Kind 3600 g schwer, asphyktisch, kommt bald zum Leben. Stiel extraperitoneal behandelt. Heilung ohne Zwischenfall.

Lebec. Fibrokystom des Lig. lat. Laparotomie. Heilung.

Eine 28jährige Frau klagt seit längerer Zeit über Schmerzen im Leib nach der Menstruation. Der Leib ist seitdem stärker geworden. Uterus klein und schmerzlos. Rechts neben dem Uterus fühlt man einen kleinen Tumor, getrennt durch eine Furche. Bei der Operation fand man eine faustgroße, fluktuirende Geschwulst des Lig. lat. oberhalb des rechten Ovariums. Die Punktion ergab chokoladefarbige Flüssigkeit. Der Stiel hing nicht mit dem Uterus zusammen. Die histologische Untersuchung ergab ein Myom mit einer Blutcyste.

Pozzi. Vaginale Uterusexstirpation. Tod.

Bei einer 47jährigen Frau, die seit $1^3/_4$ Jahren an permanentem, stinkendem, blutigem Ausfluss leidet, fand man das Collum gesund, den Uteruskörper vergrößert. Carcinoma corporis uteri. Desshalb Totalexstirpation, die wegen der Größe des Uterus schwierig war. Die Untersuchung ergab eine chronische Metritis; die Uteruswände waren 4 cm dick und enthielten ein Fibrom. Im Fundus fungöse Wucherungen, welche die Blutungen verursachten. Die Kranke starb am 3. Tage an Schwäche.

Pozzi. Totalexstirpation wegen Carcinoma colli. Heilung.

Bei einer 23jährigen Frau wurde wegen Carcinoms der Portio die Exstirpation gemacht. Operation leicht; Ovarien entfernt, da sie sich leicht hervorziehen ließen.

**Heilbrun** (Kassel).

## 6) Pozzi. Die Behandlung des Stiels bei der Hysterektomie und die elastische Ligatur.

(Gaz. med. 1886. No. 1.)

P., der die intraperitoneale Stielbehandlung, namentlich blutreicher Stiele nur für die zu extraperitonealen wegen Kürze etc. nicht geeigneter Fälle angewandt wissen will, hat für eine bequeme Anlegung der provisorischen oder permanenten elastischen Ligatur ein Instrument angegeben, auf dessen Beschreibung hier verzichtet wird, da es ziemlich komplicirt, dem antiseptischen Instrumentarium wohl kaum einverleibt werden darf. **Hadra** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 26.** Sonnabend, den 26. Juni. **1886.**



## Verhandlungen der ersten Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in München, 17.—19. Juni 1886.

1. Sitzung, Donnerstag, 17. Juni Vormittags 10 Uhr.

Vorsitzender: Herr Winckel (München), Schriftführer: Herr Küstner (Jena).

Nach Eröffnung der Versammlung durch den Vorsitzenden und Verlesung der Statuten Beginn der Verhandlungen.

### P. Müller (Bern). Zur Nachbehandlung schwerer Laparotomien.

Unter den Gefahren nach Laparotomien verdienen u. A. die Störungen von Seiten des Darmtractus besondere Aufmerksamkeit. Dieselben kommen nach Ovariotomien nicht selten vor und stehen häufig in Zusammenhang mit der Operation, sei es, dass entzündliche Vorgänge um den Stiel herum eintreten, oder sei es, dass einzelne Darmschlingen mit der Wunde oder wund gemachten Stellen Verklebungen eingehen. Besonders bedenklich sind die Fälle, wo große Wundflächen bei der Operation zurückgelassen werden müssen, wo große Darmflächen losgelöst werden müssen. Es treten bei der Ruhe des Darmes dann stärkere Verwachsungen ein. Vortr. sah dadurch 2 Todesfälle (Einklemmungserscheinungen). Gegen diese Verwachsungen könne man in so fern etwas thun, dass man den Kompressivverband weglasse, weil die wunden Stellen dann nicht gegen einander gepresst werden. Freilich können diese Verbände nicht entbehrt werden, um Nachblutungen zu vermeiden. Ist die Blutung nicht übermäßig stark, dann verzichte man auf den Druckverband. Ferner könne man diese Verwachsungen der Därme unter sich und mit der Bauchwand dadurch verhüten, dass man diese Partien isolirt, indem man Flüssigkeiten in die Bauchhöhle einbringt, die in den ersten Tagen nach der Operation die Theile aus einander halten. Die Flüssigkeit muss aseptisch sein, darf mechanisch nicht reizen, darf nicht toxisch wirken, muss leicht wieder resorbirt oder entfernt werden können.

Eine solche Flüssigkeit ist eine sterilisirte 0,7%ige Kochsalzlösung. Vortr. injicirte in einem Falle 2400 g, was nur Anfangs Störungen (Steigerung des Pulses und der Respiration) zur Folge hatte. Diese Erscheinungen seien Resorptionserscheinungen, durch zu rasche Resorption, nicht durch Sepsis bedingt. Man könne diese Überfüllung des Blutkreislaufes und starke Anstrengung des Herzens vielleicht dadurch vermeiden, dass man geringe Quantitäten der Kochsalzlösung von Zeit zu Zeit einfließen und die Flüssigkeit eventuell durch das liegenbleibende Drainrohr wieder abfließen lasse.

**Bayer** (Straßburg). Über Placenta praevia.

Die Duncan'sche Theorie über die Blutungen bei der vorliegenden Nachgeburt wurde nur für die Hämorrhagien unter den eigentlichen Wehen aufgestellt und reicht auch nur für diese aus. Seitdem hat man die Ausbildung eines unteren Uterinsegmentes kennen gelernt. Dasselbe ist nicht einfach der unterste Abschnitt des Uterus, sondern eine durch ganz bestimmte Eigenschaften charakterisirte Zone, welche sich an der Kontraktion nicht betheiligt und nach der Geburt in einem Zustande hochgradiger Erschlaffung herabhängt. Man hat nun die Blutungen mit der Ausbildung dieses unteren Segmentes in Zusammenhang gebracht, und da sich das letztere schon in der Schwangerschaft formirt, so waren damit anscheinend auch die Schwangerschaftsblutungen erklärt.

Vortr. stellt zunächst die verschiedenen Ansichten über die Genese des unteren Segmentes den Verhältnissen bei Placenta praevia gegenüber. Nach der Anschauung derjenigen, welche das untere Segment als einen Theil des Corpus uteri auffassen, muss die vorliegende Nachgeburt bei Ausbildung des ersteren ganz oder zum Theil in demselben inseriren. Dies ist aber — wenigstens für die günstig endenden Fälle — eine physiologische Unmöglichkeit, da dann bei der mangelnden Kontraktion resp. Retraktion der Placentarstelle im unteren Segmente jede Kreißende durch Placenta praevia rettungslos dem Verblutungstode preisgegeben wäre. Die andere Anschauung, wonach das untere Segment aus dem supravaginalen Theil entsteht, erklärt die Erscheinungen ungezwungener. Dann aber fragt es sich, warum es nicht jedes Mal in der Schwangerschaft blutet und warum man die Placenta gelegentlich dicht über einem geschlossenen resp. parallelwandig eröffneten Cervikalkanal fühlt. Diese Bedenken klären sich dadurch auf, dass die Verhältnisse in verschiedenen Fällen verschiedene sind. Aus 20 Beobachtungen schließt Vortr., dass bei Placenta praevia ähnliche Zustände vorliegen wie bei der Frühgeburt, d. h., dass bei ihr die mangelhafte Entfaltung des supravaginalen Theils eine typische Erscheinung ist, dass ferner zuweilen der innere Muttermund bis zum eigentlichen Geburtsbeginn geschlossen bleibt, dass sich im letzteren Falle dann aber auch ein unteres Segment überhaupt nicht formirt.

Vortr. unterscheidet:

A. Den einfachen Tiefsitz der Placenta, wobei der Rand der Nachgeburt nur bis in die Nähe des inneren Muttermundes reicht. Hier kommt es nur zur Blutung bei der Geburt, wenn ein Theil der Placenta in der Area der Dehnung zurückbleibt, d. h. also wenn sich das untere Segment nicht in normaler Weise formirt. Vortr. fand dem entsprechend Tiefsitz der Placenta mit Blutung bei der Geburt nur bei Frühgeburten im 8. oder 9. Monate.

B. Die eigentliche Placenta praevia. Zu ihrem Begriffe gehört, dass zu irgend einer Zeit ein Theil derselben den inneren Muttermund bedeckte. Zwischen Placenta praevia centralis und lateralis besteht nur ein gradueller Unterschied: erstere kann im Verlaufe der Schwangerschaft oder auch erst unter der Geburt in die letztere übergehen, wenn sich der supravaginale Theil entsprechend entfaltet; umgekehrt können die Erscheinungen der Placenta praevia centralis vorhanden sein, trotzdem nur ein kleiner Lappen das Ostium internum überbrückt, wenn sich letzteres vor der Untersuchung nicht wesentlich erweitert hatte.

Bei der Eröffnung des inneren Muttermundes muss sich die auf ihm inserirende Placenta ablösen, oder sie muss einreißen; beide Male kommt es zur Blutung. Ist dies schon in der Schwangerschaft der Fall, so wird man, vorausgesetzt, dass die Gravidität die erste Blutung überdauert, Veränderungen an der Placenta erwarten

dürfen. In den Fällen des Vortr. fanden sich konstant solche Veränderungen, wenn es vor Eintritt der Geburt schon geblutet hatte; sie fanden sich niemals, wenn die erste Blutung erst im Beginn der eigentlichen Wehenthätigkeit stattfand.

Vortr. unterscheidet nun:

I. Die Blutungen in der Schwangerschaft; dieselben charakterisiren die Fälle mit Eröffnung des Muttermundes während der Gravidität.

a) Die Placenta bleibt auf ihrer Haftfläche fest aufsitzen, während die Stelle der Nachgeburt, welche auf dem Os int. lagert, einreißt. Die Durchreißung kann bis auf die Membrana chorii reichen; dann kommt es wohl immer zum baldigen Eintritt der Geburt, eventuell zum Verblutungstode des Kindes.

Eröffnet sich der innere Muttermund nur sehr allmählich, so können mehr oberflächliche Verletzungen der Nachgeburt entstehen. Daraus bildet sich nach der Ansicht des Vortr. gelegentlich eine Placenta marginata durch Auseinanderzerrung der Nachgeburt, Abplattung und relativ zu bedeutende Verbreiterung der maternen Fläche.

Vielleicht erklären sich durch solche Einrisse resp. Auseinanderzerrung der Cotyledonen über dem inneren Muttermunde auch die Fälle von Placenta praevia succenturiata.

b) Es löst sich bei der Eröffnung des Orific. int. der kleinere Placentarlappen ab; derselbe fällt in das — nur in geringer Ausdehnung sich bildende — untere Segment herab; er blutet sich aus, wird abgeplattet, atrophisch und zerrt sich von der Eihautinsertion ab. Diese Form der Nachgeburt kann man daher als eine partielle Placenta marginata auffassen.

Dauert nach der Ablösung des kleineren Lappens die Schwangerschaft lange genug fort, so kann sich allerdings wohl nachträglich ein unteres Segment in normaler Ausdehnung bilden: sitzt die Placenta dabei an der vorderen Wand, so wird sie eventuell bei der Geburt selbst nicht mehr als praevia zu fühlen sein und gelegentlich auch eine Blutung unter den Wehen nicht wieder hervorrufen.

II. Die Blutungen unter den eigentlichen Wehen. Hier gilt die Duncan'sche Erklärung. Der Uterus zieht sich, so lange das Ei intakt bleibt, an der Placenta in die Höhe. Es kommt ein immer größerer Theil der letzteren frei zum Vorschein. Der sich auf diese Weise ablösende Lappen aber erscheint dick, blutig imbibirt, blauroth und bedeckt mit Gerinnseln. Hatte es vorher schon in der Schwangerschaft geblutet, so findet sich außerdem die entsprechende ältere Veränderung an der Placenta.

In selteneren Fällen bleibt der innere Muttermund bis zum Geburtsbeginn vollkommen geschlossen. Dann fehlen jene Placentarveränderungen, deren Ausbildung einige Zeit erfordert, dann fehlt aber auch jede uterine Blutung in der Schwangerschaft. Der Verlauf der Geburt ist dann meist schwieriger und für Mutter und Kind gefährlicher.

a) Häufig geht dann die Entfaltung des Cervix unter den Wehen in richtiger Weise vor sich. In solchen Fällen sind nur die entbindenden Eingriffe mehr oder weniger erschwert, und es entstehen leichter gewöhnliche Cervixrisse, Längsrisse durch die unteren Collumpartien. Die erste Blutung ist dann meist besonders stark, wie es schon von Spiegelberg betont wurde.

b) Viel bedenklicher sind Fälle, bei welchen sich die Neigung des noch unentfalteten supravaginalen Theils zur Strikturbildung geltend macht, die Placenta praevia mit Striktur. Dann bleibt der innere Muttermund noch unter den Wehen annähernd geschlossen, während sich die darunter liegenden Cervixpartien ampullenförmig eröffnen. Vortr. hat einen solchen Fall erlebt, in welchem die Kreißende nicht allein in der Schwangerschaft, sondern auch zwei Tage lang unter der Geburt nicht blutete, obgleich allseitig über dem Ostium internum Placentargewebe lagerte. Die Pat. verblutete sich direkt nach der Geburt aus einem fistulösen, bis unter das Peritoneum reichenden Cervixriss, welch letzterer jedoch die unteren Partien des Collum nicht mit betraf.

Vortr. schlägt folgende Eintheilung vor:

1) Placenta praevia mit entsprechender Entfaltung des supra-

vaginalen Theils: Blutungen in der Schwangerschaft und Veränderungen an der Placenta.

Er sah 10 Fälle mit Blutungen in der Schwangerschaft; dabei fand sich 2mal Pl. marginata totalis, 6mal partielle Pl. marginata, 2mal Pl. succenturiata. Acht Kinder kamen lebend, eins entsprach dem 6. Monate, eins kam todt; alle Mütter blieben gesund.

2) Placenta praevia mit Intaktbleiben des Cervix bis zur eigentlichen Geburt: keine chronischen Veränderungen an der Nachgeburt, keine uterinen Blutungen in der Gravidität.

Vortr. erlebte — abgesehen von 3 Fällen mit Tiefsitz der Placenta und Blutung unter der vorzeitig eintretenden Geburt — 7 Fälle von Pl. praevia ohne Blutungen in der Schwangerschaft. Sechsmal trat die Geburt am rechtzeitigen Ende der Gravidität ein. 2 Kinder kamen lebend, 5 todt; eine Mutter verblutete sich direkt nach der Geburt, eine erkrankte schwer an Parametritis; endlich musste bei einer Mutter die Cervixnaht angelegt werden. Orig.-Ref.

**Fehling. Über die Beziehungen zwischen der Beschaffenheit des Blutes bei Schwangeren und der Zusammensetzungen des Fruchtwassers.**

Ausgehend von der Betrachtung des Fruchtwassers als mütterliches Transsudat stellte sich Vortr. die Frage, ob nicht Beziehungen zwischen chemischer Zusammensetzung des Blutes und des Fruchtwassers zu finden seien.

Hierzu wurde das Fruchtwasser quantitativ bestimmt, eben so Trockenrückstand, Eiweiß, Asche. Vom Blut der Schwangeren wurde mittels des v. Fleischl-schen Hämometers die Hämoglobinmenge bestimmt und die Zahl der Blutkörperchen gezählt.

Die Hämoglobinmenge gesunder Männer nach v. Fleischl = 100, die gesunder Frauen = 93 gesetzt, ergaben sich Schwankungen des Hämoglobins bei Schwangeren von 67—110%; in $^2/_3$ der Fälle von ca. 100 Untersuchungen unter 100%. Wiederholte Untersuchungen des Blutes derselben Gravida ergaben meist eine Zunahme des Hämoglobins mit der Schwangerschaft, ein Resultat, was mit früheren von Andral und Gavaret, Nasse u. A. im Widerspruch steht.

Die Zunahme erklärt sich wahrscheinlich durch kräftige Ernährung, eben so wie sich die meist gefundene Abnahme des Hämoglobins post partum aus dem Blutverlust bei der Geburt erklärt. Die stärkste Abnahme war bis zu 41% bei Placenta praevia.

Die Zahl der rothen Blutkörperchen betrug zwischen 3—4 Millionen, durchschnittlich weniger als Ingerslev fand. Die Zu- und Abnahme der Zahl fand meist entsprechend der Zu- und Abnahme der Hämoglobinmenge statt.

Aus den Zahlen über Fruchtwassermenge und Hämoglobingehalt der Schwangeren ließ sich kein konstantes Verhältnis herausfinden.

Dagegen ergab sich wie früher, dass der Trockenrückstand unabhängig ist von der Fruchtwassermenge, das Fruchtwasser wird also gegen den Schluss der Schwangerschaft nicht einfach verdünnt. Der Trockenrückstand des Fruchtwassers hängt direkt ab von dem Eiweißgehalt des Fruchtwassers. Die Aschenmenge bleibt sich ziemlich gleich.

Weiter fand sich ein proportionales Verhältnis zwischen Hämoglobinmenge des Blutes und Eiweißmenge des Fruchtwassers derart, dass mit dem Steigen der Hämoglobinmenge im Blut der Schwangeren die Menge des Eiweiß im Fruchtwasser zunimmt, bei einem Hämoglobingehalt von durchschnittlich 106,9% — 0,21% Eiweiß, bei Hämoglobin 80% — 0,15% Eiweiß. Endlich scheint bei reifen Früchten die Eiweißmenge im Fruchtwasser etwas größer zu sein, als die bei frühreifen.

Vortr. findet in den mitgetheilten Resultaten eine weitere Stütze dafür, dass das Fruchtwasser in der Hauptsache als mütterliches Transsudat anzusehen ist.

Orig.-Ref.

**Sänger** (Leipzig). Über Palpation der Harnleiter mit Demonstration.

Vortr. schildert als Einleitung zur Demonstration einiger Fälle aus dem, ihm von Herrn Geh.-Rath Winckel freundlichst zur Verfügung gestellten Material der Klinik nach seiner vor Kurzem (Archiv für Gynäkologie Bd. XXVIII, Hft. 1) erschienenen Arbeit die Vorgeschichte der Harnleitertastung, an welcher besonders Hegar und Chroback betheiligt sind; die Tastung der Harnleiter bei Erkrankung der Harnorgane, wobei erwähnt wird, dass der dort beschriebene zweite Fall (Cysto-Uretero-Pyelitis duplex) inzwischen zur Autopsie kam und die intra vitam gestellte Diagnose: stärkerer Erkrankung der linken Seite voll bestätigte; die Stellung der Diagnose von Blasen-Nierenleiden von der Scheide her, die Tastung der Harnleiter bei Schwangeren, bei gesunden und kranken Sexualorganen, jedoch gesunden Harnorganen. Vortr. bespricht ferner das häufige Vorkommen von Nierenbecken-Epithelien im Urin bei entzündlich verdickt gefundenen Ureteren und stellt schließlich der, besonders durch Pawlick und seine ingeniöse Methode so vervollkommneten Harnleitersondirung die kurzdauernde Unterbindung des Harnleiters gegenüber, jedoch nicht nach Hegar unter Freilegung des Ureter durch Scheidenschnitt, sondern ohne solchen nach vorgängiger Markirung des Ureters unter Leitung des Auges im Simon'schen Speculum. Die Tastung der Harnleiter werde aber diese Maßregel, überhaupt die Nothwendigkeit der getrennten Gewinnung des Urins einer Niere, gewiss einschränken.

Zur Vorstellung kamen 3 Schwangere und 2 gynäkologische Kranke, an welchen die Harnleiter in ausgezeichneter Weise zu fühlen waren. Orig.-Ref.

---

1) **Truzzi** (Mailand). Wendung oder Tamponade bei Placenta praevia.

(Sep.-Abdr. aus Gazz. med. it. Lombardia 1885. Mailand.)

Aus 7 eigenen ausführlich mitgetheilten Beobachtungen und aus dem Studium der einschlägigen Veröffentlichungen zieht Verf. den Schluss, dass mit Berücksichtigung des Charakters der Wehen, mit Berücksichtigung dessen, ob die Blase noch steht oder der Blasensprung schon erfolgt ist, der Lage des Fötus, seiner Lebensfähigkeit etc.; mit Berücksichtigung der Möglichkeit, Assistenten bei der Hand zu haben, die für die bei der Wendung oft nöthige Narkose unentbehrlich sind; mit Berücksichtigung der Erfahrung und der technischen Fertigkeit des Operateurs (die bipolare Wendung ist zuweilen sehr schwierig und immer weniger leicht auszuführen als die Tamponade der Scheide); mit Berücksichtigung der Widerstandsfähigkeit des Beckenbodens, welcher bei großen Dammrissen dem Tampon keine Stütze bietet etc. nur im gegebenen Falle zu bestimmen sei, ob man die Wendung oder die Tamponade auszuführen habe. Beide Methoden sind sehr rationell und haben vortreffliche Erfolge aufzuweisen; sie ergänzen sich wechselseitig, ohne sich zu ersetzen. Die Anklage, dass die Tamponade leicht Sepsis erzeuge, ist unbegründet, es wäre denn, dass der Vaginalkanal schon vorher septisch inficirt gewesen wäre, oder dass man sich zur Tamponade keines vollkommen aseptischen Materials bedient hätte.

**Liebman** (Triest).

## 2) Lahs (Marburg). Durch welche Methode der künstlichen Athmung werden in die Lungen asphyktischer Neugeborener die größten Luftmengen ein- und ausgeführt?

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 2.)

Auf Grund experimenteller Studien ist Torggler (cf. Ref. Centralbl. 1885 p. 475) zu dem Resultat gekommen, dass die Schultze-schen Schwingungen unter allen Methoden luftleere Lungen am vollständigsten und ausgiebigsten mit Luft füllen, wenn sie genau nach Angabe des Autors und kräftig genug gemacht werden. L. bezweifelt die Richtigkeit dieses Satzes, weil den T.'schen Versuchen nach seiner Ansicht Fehler anhaften. Letzterer verfuhr nämlich (eben so Behm) so, dass er das Quecksilbermanometer eines Waldenburg'schen Pneumatometers mittels eines langen Gummischlauches mit der quer unterhalb des Kehlkopfes durchtrennten Trachea der verwendeten Kindesleichen direkt in Verbindung brachte. Er bestimmte auf diese Weise die Druckhöhe der In- und Exspiration bei den Experimenten, d. h. die Kraft, mit welcher in- und exspirirt wurde. Diese aber ist keineswegs bestimmend für die Ausgiebigkeit der Athmung, für das Athmungsquantum, welches doch allein bei der Entscheidung über den Werth einer Methode der künstlichen Athmung in Betracht kommt. L. selbst bediente sich daher bei seinen Versuchen eines eigens nach Art des Hutchinson'schen Spirometers konstruirten kleinen Apparates. Aus dem Höhenstand des inneren Cylinders konnte er mit Leichtigkeit das Athmungsquantum der verschiedenen Methoden ersehen. Er konstatirte, dass der Silvester'schen der größte Effekt zukomme.

Noch in anderer Hinsicht wie der erwähnten haften den Torggler'schen, resp. Behm'schen Experimenten Fehlerquellen an. Durch die direkte Verbindung des zum Manometer führenden Gummischlauches mit der Luftröhre werden alle Hemmnisse, die sich der Athmung am Kehlkopfeingang entgegenstellen können, umgangen. L. sah sich daher veranlasst, den Gummischlauch mittels zweier Kanülen durch die Nasenlöcher der Frucht mit dem oberen Theil des Schlundes in Verbindung zu bringen. Ferner wird durch die direkte Kommunikation des Gummischlauches mit der Trachea die Möglichkeit des Eindringens der Luft in den Magen vollkommen ausgeschlossen, was nicht bei allen künstlichen Athmungsmethoden an sich der Fall ist. Es ist daher wichtig, zu bestimmen, bei welchen derselben überhaupt oder am leichtesten Luft in den Magen dringt, und wie groß das Quantum derselben ist. Hindert doch jede stärkere Luftfüllung des Magens nothwendigerweise ein tieferes Herabtreten des Zwerchfelles, beschränkt also die Weite des Thoraxraumes bei der Inspiration.

L. stellt im Anschluss an diese Ausführungen mehrere Fragen auf, welche er auf experimentellem Wege beantwortet zu sehen wünscht. Sie betreffen die Wirksamkeit der verschiedenen Metho-

den künstlicher Athmung in Bezug auf das Athmungsquantum, die eventuellen Vorsichtsmaßregeln, um den vollen Athmungseffekt der einzelnen Methoden zu sichern. Die Luftmenge, welche durch eine einzige und eine fortlaufende Reihe von Inspirationen bei den verschiedenen Methoden in den Magen gelangt, die Entscheidung, ob durch eine allmählich zunehmende Füllung des Magens mit Luft das Athmungsquantum für die einzelnen Respirationen mit deren Zahl herabgesetzt wird. Graefe (Halle a/S.).

---

### 3) **Calderini** (Parma). Bericht.

(Gazz. delle cliniche 1885. No. 19 u. 20.)

Die seit 1. November 1872 unter C.'s Leitung stehende Anstalt nimmt seit 1880 auch eheliche Gebärende auf; seit dieser Zeit besteht auch, nebst der Findelanstalt, eine Abtheilung für Gynäkologie und eine geburtshilflich-gynäkologische und pädiatrische Poliklinik. Der Bericht umfasst die Zeit vom 1. Nov. 1872 bis zum 1. Nov. 1884. Von den 1250 Entbundenen starben 51 (4,08%); 28 Früchte wurden todtgeboren. Geburtshilfliche Operationen wurden 125 (10%) ausgeführt und zwar: künstliche Frühgeburt 8, Zange 57, Hebel 2, Extraktion 17, Wendung 18, Wendung auf den Kopf durch äußere Handgriffe 3, manuelle Einstellung des Scheitels 1, Embryotomie 5, Sectio caesarea post mortem 1, künstliche Lösung der Nachgeburt 9, Auskratzung des puerperalen Uterus 3, Bluttransfusion in den Peritonealsack 1.

In der Findelanstalt wurden 5942 Kinder aufgenommen (Sterblichkeit in der Anstalt 17,36%). Die lebenden Kinder wurden Ammen auf dem Lande übergeben. Zu diesem Behufe kamen zehn- bis zwölftausend Ammen zur Untersuchung.

In der gynäkologischen Sektion (seit 1880) wurden 91 Kranke aufgenommen, an welchen 45 Operationen ausgeführt wurden; die wichtigsten davon waren: 2 vaginale Uterusexstirpationen (1 Frau starb am 4. Tage post operationem, die zweite 9 Monate später an einem Recidiv); 3 Ovariotomien (2 Heilungen); 1 hohe Excision des Collum wegen Epitheliom (Frau noch immer gesund geblieben); eine Abtragung eines Fibromyoma uteri von der Scheide aus; 1 Auskratzung der Uterushöhle wegen Carcinom; 5 Kolpoperineorrhaphien und mehrere kleinere Operationen.

In der Poliklinik wurden 328 gynäkologische Kranke beobachtet, bei 133 Entbindungen Hilfe geleistet; 359 Kinder behandelt. In diesen 12 Jahren dienten in der Anstalt der Reihe nach 9 Assistenzärzte; 5 Oberhebammen, 9 Assistenzhebammen; 17 Praktikanten (Internisten). Es promovirten 131 Studenten, 68 Schülerinnen bekamen das Hebammendiplom.

Der geburtshilfliche Kurs für Studenten ist theoretisch-praktisch und wird von den Studirenden des 5. Jahrganges besucht. Seit 1883

liest C. auch ein Kollegium über gynäkologische Klinik für Hörer des 6. Jahrganges. Der Hebammenkurs dauert 2 Jahre.

**Liebman** (Triest).

---

4) **Lachi** (Camerino). Discus proligerus.

(Sperimentale 1885. December.)

Die Untersuchungen wurden theils an frischen, theils an gehärteten Ovarien des Kalbes und der Kuh vorgenommen. Verf. stellt folgende Schlusssätze auf:

a) Im Keimhügel kommen, wie in der übrigen Granulosa, drei Zellentypen vor und zwar: 1) längliche Zellen mit eiförmigen, fast stets excentrischen Kernen, mit wenig Protoplasma und vielen Fortsätzen; 2) Zellen mit wenigen Verlängerungen; das Protoplasma hat die Neigung, sich um den (excentrischen) Kern zu sammeln; 3) runde Zellen, ohne Fortsätze, mit runden Kernen und ziemlich viel Protoplasma;

b) in den unreifen Follikeln zeigt der Keimhügel Zellen des ersten Typus mit Ausnahme desjenigen Theiles, welcher in die Höhle hineinragt, wo man noch Zellen des 2. und 3. Typus findet;

c) mit dem Reifen des Follikels nehmen jene Zellen, welche sich zwischen der äußeren Hülle des Eies und den Basalzellen der Granulosa befinden, im Cumulus die Formen des 2. und 3. Typus ein.

**Liebman** (Triest).

---

5) **R. Milne Murray** (Edinburg). Das Ausbleiben der Athmung unter Chloroform und eine neue Methode zur Wiederherstellung derselben.

(Edinb. med. journ. 1885. Juli — September.)

Die Angaben über das Verhalten der Respiration während der Chloroformnarkose waren, nach Verf. bisher lückenhaft, sich vielfach widersprechend. Er machte daher mittels eigens dazu konstruirten Apparates, welcher, in die geöffnete Trachea der Thiere (Kaninchen) eingeschoben, nach Bedarf Chloroformgas oder Luft zuströmen lässt, gelegentlich seiner Experimente über Uterusthätigkeit, hierauf bezügliche Beobachtungen. Die Einzelheiten müssen im Original eingesehen werden.

Verf. anästhesirte die Thiere zuerst vollkommen, setzte dann aus bis zum Eintreten der Hornhautreaktion und gab dann erst wieder, behufs Aufzeichnung der Kurven, Chloroform. Die Resultate sind schließlich in folgende Hauptpunkte zusammengefasst:

1) Bei unausgesetzter Einathmung koncentrirten Chloroformgases zeigt die Respiration 3 Perioden: a. eine latente Periode von 2 bis 10 unveränderten Athemzügen, b. eine Periode gesteigerter Ausgiebigkeit und Frequenz, c. Abnahme der Ausgiebigkeit bei gleichbleibender Frequenz. In Periode b. kann bei Aussetzen des Chloroforms noch Wiedererwachen erfolgen.

2) Wechselt koncentrirtes Chloroform mit Einathmung von Luft ab, so endet die Athmung innerhalb der ersten 2 Stunden unter gleichbleibender Frequenz, aber allmählicher Abnahme des Volums; in anderen Fällen unter Verlangsamung und starker Unregelmäßigkeit; oder auch ganz plötzlich, namentlich bei Wiedereinsetzen des Chloroforms nach langer Luftathmung; bei langer Dauer dieses Modus der Narkotisirung kann die eigenthümliche Erscheinung eintreten, dass trotz Fortdauer der Exspirations- und Inspirationsbewegungen der Luftstrom still steht; ein Zustand, den man, nach Verf. mit Unrecht, bisher auf das sog. Verschlucken der Zunge schob.

3) Kontinuirliche Einathmung verdünnten Chloroformdampfes ergiebt dieselben Veränderungen wie koncentrirter, nur erst im Verlaufe längerer Zeit.

4) Luftathmung als Unterbrechung zwischen verdünntem Chloroformgas ergiebt starke Verlangsamung gegen das Ende zu.

5) Blutverlust erzeugt unregelmäßige, »wellenförmige« Respiration.

6) Die Herzthätigkeit wird erst später als die Athmung gestört und zwar weniger durch kontinuirliche Einathmung koncentrirten, oder durch Unterbrechen verdünnten Gases.

Einzelheiten sind, wie gesagt, im Original nachzusehen; eben so diejenigen der nachfolgend beschriebenen Wiederbelebungsmethode.

Verf. fiel bei seinen Versuchen stets die enorme Menge des aus den Lungen gesogenen Chloroformdampfes, d. h. die Überschwängerung des Inhaltes der Lungenalveolen mit demselben auf. Dies Moment erklärt die so häufige Fruchtlosigkeit der bisher geübten Wiederbelebungsmethoden, durch welche zunächst das Blut (aus den Lungen zum Athemcentrum strömend) noch mehr gesättigt also noch verderblicher wird. Dagegen handelt es sich vielmehr zunächst darum, die Lungenluft von Chloroform zu befreien und führte diese Versuche an Thieren den Verf. zu folgendem (freilich noch nicht erprobten) Vorschlag für den gleichen Fall beim Menschen.

Eine Kautschukröhre wird mit einer konischen Verdickung versehen, die gut schließend, auf die Glottis passt und eingeführt. So, bei geschlossener Glottis mehrere tiefe Inspirationen gemacht, die das Chloroformgas aus der Lunge ziehen; zwischen jeder einzelnen wird das Mundende des Rohres zum Wiedereintritt von Luft freigelassen. Nachdem dies einige Male wiederholt ist, wird durch leichtes Anziehen des Rohres die konische Verdickung aus der Rima glottidis entfernt, Raum für Luft daneben geschafft und nun tiefe und kräftige Inspirationen gemacht, welche ein reichliches freies Einströmen reiner Luft in die Trachea bewirken. Dies (die »Perflation«) wird fortgesetzt, bis jede deutliche Spur Chloroformgeruch in der ausgezogenen Luft vermisst wird — dann erst sollen die jetzt schon üblichen Wiederbelebungsmethoden in ihr Recht treten. Verf. hofft bei demnächstiger gelegentlicher Erprobung seines Vorschlages auf sicheren Erfolg.

**Zeiss** (Erfurt).

---

# Kasuistik.

## 6) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 28. Mai 1886.

Vorsitzender: Herr Schröder, Schriftführer: A. Martin.

Zur Prüfung des Berichtes des Herrn Kassenführers werden die Herren Greulich und M. Hofmeier deputirt.

Als Mitglieder der Gesellschaft werden aufgenommen die Herren DDr. Peters, Czempin, Langner, Orthmann, Reichel, Benkiser.

Herr Neugebauer (Warschau) hat der Gesellschaft die Photographie von einer Frau mit einer großen Anzahl von Brustwarzen eingesandt.

I. Herr J. Veit: M. H. Ich lege ihnen hier eine Placenta vor, welche von einer Entbindung einer Primipara stammt; dieselbe befand sich im 8. Schwangerschaftsmonate, war bis vor etwa 12 Tagen ganz gesund, erkrankte zuerst mit unklaren Symptomen von Schmerzen im Leib etc., denen nach 2 Tagen eine einmalige starke Blutung aus den Genitalien folgte. Die nächsten Tage ging blutig gefärbter Schleim ab; seit 4 Tagen sind die Zeichen des Lebens des Kindes erloschen und heute Morgen wurde eine macerirte Frucht geboren, die keine syphilitischen Veränderungen zeigte. Die Placenta musste 20 Minuten post partum wegen starker Blutung exprimirt werden und zeigte auf der mütterlichen Seite eine tiefe Depression von der Größe eines 5-Markstückes, die fast für einen Defekt eines Cotyledo imponiren könnte. Auf der fötalen Fläche zeigt sich ausgesprochene Napfform der Placenta mit weißem verdickten Ring an der Stelle des Abganges der Eihäute, der an einzelnen Punkten 3—4 cm vom Rande der Placenta entfernt ist. Das Chorion fehlt fast ganz.

Ich lege Ihnen diese Placenta nicht nur des seitlich sitzenden, die Placenta komprimirenden Blutergusses wegen vor — derselbe blieb zuerst verborgen, bis das Blut sich einen Weg nach außen bahnte, er war am Tode des Kindes Schuld — sondern auch wegen der als Placenta marginata bezeichneten Bildung. Auch nach diesem Präparat muss ich dabei verharren, in erster Linie die Verdickung des Ansatzes zu dem weißlichen Ring zu stellen und für diese eine Erklärung in entzündlichen Processen der Decidua zu suchen; ich kann mich wenigstens durch Krukenberg's kurze Mittheilung nicht davon überzeugen, dass die Überwucherung die Hauptsache und deren Erklärung mechanisch durch Differenzen im Wachsthum von Ei und Uterus die richtige sei.

Im Anschluss an Veit's Präparat legt Herr C. Ruge ebenfalls eine Placenta, die ähnlichen Befund zeigt, vor. Dieselbe stammt von einer Frau, die 3mal abortirt hat, zum 3. Mal bei Eklampsie. Jetzt war wiederum im 7. Monat eine macerirte Frucht abgegangen. An der Placenta sieht man uterinwärts 2 tiefe (3 und 5 cm lange) Eindrücke, die das Gewebe der Placenta komprimiren und nach der Eihöhle hin Hervorwölbungen bedingen. Erzeugt sind die Eindrücke durch Blutergüsse, deren Ätiologie (sei es Lues, Nephritis etc.) nicht festgestellt werden konnte.

Herr Schröder demonstrirt ein Präparat, welches einen aus dem Collum hervorhängenden myomatösen Polypen gezeigt hatte. Die Cervixschleimhaut enthält einen Carcinomknoten, eben so die Schleimhaut des Corpus. Das Corpus ist von Myomen durchsetzt, von denen einzelne sich in das Cavum vordrängen. Daneben liegt ein über 2faustgroßer Ovarialtumor. Herr Schröder entfernte durch eine Art Freund'scher Operation, nach Unterbindung der Adnexa und specieller isolirter Versorgung der Uterinae, den Uterus mit den Anhängen. Die Ausschälung des Collum gelang nicht zu schwierig bis auf das Scheidengewölbe, aus welchem dann leicht die Portio herauszunehmen war. Das Scheidengewölbe wurde vernäht. Pat. ist am 2. Tage post operationem unter septischen Erscheinungen gestorben.

A. Martin legt einen durch supravaginale Amputation gewonnenen Uteruskörper vor, der ein Rundzellensarkom enthält. Pat. hatte seit mehreren Jahren an profusen Blutungen gelitten, wegen deren sie vielfach in Hospitalbehandlung

war, auch mehrmals ausgekratzt wurde. Die Operation ließ sich unter der Gummischlauchkonstriktion typisch ausführen. Pat. ist genesen.

Sodann zeigt A. Martin ein Präparat von Pyosalpinx, das dem von Herrn Veit in der vorigen Sitzung demonstrirten ähnelt in seinen vielerlei großen Hohlräumen, die mit Eiter gefüllt waren und unter einander zum Theil durch engste Öffnungen kommunicirten.

Endlich demonstrirt A. Martin ein Corpus uteri, das bei heftiger septischer Peritonitis, bei 39,5 Morgentemperatur und 130 Pulsschlägen nach Laparotomie supravaginal amputirt wurde. Die Pat., 42jährige Nullipara, seit Anfang dieses Jahres verheirathet, hatte unregelmäßige, zeitweise aussetzende Menses. Seit sechs Wochen besteht heftiges Fieber und alle Symptome einer schweren Peritonitis. Pat. kam in einem tiefen Collapszustand nach Berlin und wurde nun versucht, der Peritonitis durch Entfernung des mit einem vereiterten Myom gefüllten Uterus Einhalt zu thun. Es ergab sich, dass das Myom die Uteruswand durchbrochen hatte und mit dem Kreuzbein in der Gegend des Promontorium verwachsen war. In der Bauchhöhle stinkiger Eiter, allgemeine Peritonitis.

(Der unmittelbare Eindruck der Operation schien günstig auf die Pat. zu wirken. Am 3. Tage recidivirten aber die peritonitischen Symptome, so dass Pat. erlag. Die schon bei der Operation nachgewiesenen Streptokokken fanden sich auch bei der Autopsie im Abdomen. Der Uterusstumpf war in guter Verheilung.)

II. Diskussion über den Vortrag des Herrn Schröder: Über die allgemeine, nicht septische Peritonitis.

Herr Litzmann wirft zunächst die Frage auf, ob Traumata ohne Eindringen von Flüssigkeit in die Bauchhöhle allgemeine Peritonitis machen können? Nach seinen Erfahrungen nur dann, wenn es zu ausgiebigen Blutergüssen kommt. Gewiss sind Rupturen von Ovarialcysten sehr häufig an allgemeinen nicht septischen Peritonitiden Schuld, wenn auch Herrn L. selbst Fälle dieser Art ohne jede Reaktion begegnet sind. Dermoide hat Herr L. desshalb stets wenn irgend möglich uneröffnet entwickelt. Auch das Fruchtwasser scheint nicht ganz indifferent, wie die Beobachtung einer Nähterin zeigte, die sich ihren hochschwangeren Leib mit der Nadel verletzte. In einem anderen Fall verursachte das Eindringen von Luft durch eine Rupturstelle des hinteren Scheidengewölbes bei der Entbindung die Symptome der Peritonitis. Bei der sonstigen Analogie der Symptome bei infektiöser und nichtinfektiöser allgemeiner Peritonitis hat Herr L. nur die cerebralen Erscheinungen konstant bei der letzteren vermisst. Ganz symptomenlos hat er niemals diese letztere gesehen, und wäre auch nur der Eintritt des Entzündungsreizes markirt gewesen.

Herr Schröder erwiedert, dass bei Verletzungen doch das Eindringen von Infektionskeimen schwerlich auszuschließen sei. An sich braucht natürlich etwa eindringende Luft nicht infektiös zu sein, wie das Fruchtwasser als solches sich gewiss oft als durchaus unschuldig erweist.

Herr Litzmann ist der Ansicht, dass in den von ihm berührten Fällen von Verletzungen Infektion nicht stattgehabt habe.

A. Martin hat außer den von dem Herrn Vortr. erwähnten Fällen von nicht infektiöser allgemeiner Peritonitis bei Ovarialtumoren und deren Veränderungen analoge Zustände besonders häufig bei Tubenerkrankungen gesehen, seltener bei Myomen. Bei Tubenerkrankungen waren allerdings überwiegend die peritonitischen Veränderungen im Becken lokalisirt, aber in nicht seltenen Fällen doch auch ganz allgemein verbreitet, und nicht nur in der Form flächenhafter Verwachsung oder Einziehung, sondern auch in Gestalt kleinerer oder größerer Eiterpunkte mit spinnwebenartiger Ausstrahlung über große Flächen des Peritoneum. Ganz besonders bedürfen aber auch die Fälle von sogenannter pseudo-tuberkulöser und pseudo-carcinomatöser Erkrankung des Peritoneum einer Aufklärung: der mikroskopische Befund solcher Granula war in der Mehrzahl der untersuchten Präparate durchaus nicht entscheidend. Vielleicht dass bakteriologische Kulturversuche hier eine Erklärung bringen. Der Einfluss der Laparotomie auf diese Fälle ist in der That ein besonders günstiger, wie er auch für die anderen Formen der nicht infektiösen allge-

meinen Peritonitis ein fast durchgehends heilbringender ist. Bezüglich der infektiösen Formen bleibt dagegen eine solche Einwirkung in der Regel aus, so oft auch anfänglich eine günstige Wendung dadurch scheinbar herbeigeführt wird (siehe den Eingangs demonstrirten Fall von A. Martin).

Eine deletäre Wirkung des Fruchtwassers hat A. Martin besonders in Fällen von Tubenschwangerschaft und Berstung nicht gefunden. Ja gerade diese Formen haben des öftern jedes Symptom der Entwicklung der allgemeinen nicht infektiösen Peritonitis, welche bei der späteren Operation gefunden wurde, vermissen lassen (vgl. Lithopädion, Gesellschaft für Geburtshilfe u. Gynäkologie December 1879). Jedenfalls ergiebt sich aus der Schwierigkeit einer Differenzirung der beiden Formen der Peritonitis die Nothwendigkeit, durch specielle bakteriologische Untersuchungen zu versuchen, dieses Dunkel aufzuhellen.

Herr J. Veit möchte neben der Wichtigkeit, die auch die partielle gutartige Peritonitis hat, darauf hinweisen, dass auch nach Laparotomien gewisse Erscheinungen auftreten, die vielleicht in dies Gebiet zu rechnen sind. In erster Linie weist er auf den häufig beim ersten Erwachen nach der Operation für die ersten 4—8 Stunden vorhandenen intensiven Schmerz im ganzen Bauchfell hin, der dann von ganz glattem Heilungsverlauf gefolgt ist. Auch die geringe Steigerung der Pulsfrequenz, die manchmal die ersten Stunden nach der Laparotomie anhält, oder die vorübergehende Temperatursteigerung, die am Abend der Operation folgt, scheint ihm hierher zu gehören; auch hier scheint ihm die mechanische oder chemische Reizung des Peritoneum bei der Operation als Ursache möglich.

Herr Löhlein: Die von Herrn Veit erwähnten Zweifel, ob als Ursache der von den Laparotomirten in den ersten 24—36 Stunden geklagten Beschwerden ein durch das Operationstrauma bewirkter Reizzustand oder eine beginnende septische Peritonitis anzusehen ist, lösen sich namentlich durch die Pulsbeobachtung meistens bald. Dagegen kann im weiteren Verlauf der Nachbehandlung die Entscheidung außerordentlich schwer und doch sehr verhängnisvoll sein. Denn die veranlassende Ursache einer nicht septischen Peritonitis wird nach Wiedereröffnung des Abdomens öfter zu beheben sein, während der Eingriff bei septischer Peritonitis keinen Erfolg verspricht. Eine von Löhlein Myomotomirte wäre gerettet worden, wenn die durch das hartnäckige Erbrechen schließlich indicirte Öffnung der Bauchhöhle nicht durch den Hintergedanken, dass es sich um eine Sepsis occulta handeln möchte, zu lange hinausgeschoben worden wäre. Bei der Öffnung fand sich (am 6. Tage post operationem) eine Dünndarmschlinge nur mit einem Divertikel ihrer Wand (partiell) zwischen die inneren Ränder der Bauchwunde eingeklemmt, starke Röthung und Trübung des Bauchfells, frische Verklebungen, mäßige Gasauftreibung, kein Exsudat, die Naht des Stumpfes gut vereinigt. Intra vitam war nur am Abend des Operationstages 37,9 erreicht worden, Sensorium stets frei und Respirationsfrequenz normal geblieben. Jeder Beitrag, der uns eine nicht septische von einer septischen Peritonitis klinisch unterscheiden lehrt, ist sehr dankenswerth.

So wie Herr Litzmann, hat auch Löhlein den Inhalt der Dermoidcysten als für das Bauchfell besonders gefährlich angesehen. Erst in der letzten Zeit ist er etwas zweifelhaft geworden, da es ihm kurz hinter einander 2mal passirte, dass sich der Austritt von breiigem Dermoidinhalt in die Bauchhöhle beim Emporheben der Tumoren nicht ganz vermeiden ließ, ohne dass der weitere Verlauf gestört worden wäre.

Herr Schröder hält den Geschwulstinhalt als solchen für im Wesentlichen indifferent; er wird vom Peritoneum bald ohne, bald mit reaktiver Peritonitis ertragen. Auch Dermoidcysteninhalt hat er schadlos resorbirt werden gesehen. Die von Herrn Veit erwähnten Vorgänge nach der Laparotomie sind noch dunkler, ihre Deutung noch schwieriger. Sicher tritt oft an den Stellen, wo Adhäsionen gelöst worden sind, eine gutartige Peritonitis ein. Dieselbe heilt und nur bei sehr großer Ausdehnung der Wundflächen und bei sehr vorgeschrittenem Kräfteverfall erliegen die Pat. derselben; übrigens ist diese Form der Peritonitis selten eine allgemeine. Eine sehr verhängnisvolle Komplikation entwickelt sich dabei in der

Abknickung des Darmrohres und dem Auftreten von Ileus. In wie weit dabei die Peritonitis eine gutartige ist, bleibt fraglich. Bei einer Myomoperirten, die unter den Symptomen der Darmabknickung starb, fand sich nichts, was für eine septische Peritonitis gesprochen hätte. In der peritonealen Flüssigkeit waren zunächst keine Mikroben nachweisbar und doch gingen die Kulturen an.

Wann und wie die Sekrete auftreten, ist noch ganz unaufgeklärt. Es kann sehr schnell nach der Operation zu blutig gefärbter Exsudation kommen. In einem Falle fand Herr Schröder bei der Wiedereröffnung der Bauchwunde — es war die zweite Laparotomie an einer Pat., als dieselbe unter den Erscheinungen der Peritonitis erkrankte und kollabirte — eine blutig gefärbte Flüssigkeit in der Bauchhöhle, aber kein Blut, = Pat. starb septisch. In einem anderen Falle wurde nach einer Ovariotomie wegen des Verdachtes, dass ein Schwamm zurückgelassen sei, am Nachmittag desselben Tages der Leib wieder geöffnet. In der Bauchhöhle war eine blutige Flüssigkeit, das Peritoneum war stark geröthet — aber der gesuchte Schwamm war nicht zu finden. Pat. machte eine glatte Rekonvalescenz durch.

---

7) **Sara Senn.** Die chirurgische Behandlung der Pankreascysten.

(Amer. journ. of the med. sciences 1885. Juli. p. 18.)

Die Diagnose zwischen Pankreas- und Ovariencysten ist so schwierig, dass in mehreren der bisher beobachteten Fälle das Vorhandensein einer der letzteren vorausgesetzt wurde und erst im Laufe der Operation sich der Irrthum herausstellte. Nur per exclusionem und unter sorgfältigster Berücksichtigung der Anamnese kann man zu einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose gelangen. Bei einer Pankreascyste wird nämlich offenbar der Beginn der Geschwulstentwicklung mehr im oberen Theil des Leibes stattfinden, in der Regio epigastrica oder hypochondriaca sinistra, wogegen der Ovarientumor zuerst in der Regio inguinalis sich zeigen wird. Ferner werden bei ersterer im Anfang Erscheinungen von Seiten des Verdauungstractus vorwiegen.

Den bisher bekannten 6 Fällen: 1 von Kulenkampff, 1 von Gussenbauer, 1 von Bozeman, 1 von Rokitansky, 1 von Lücke, 1 von Thiersch fügt S. einen eigenen hinzu, so dass nun 7 derartige intra vitam beobachtet wären. Verf. schwankte zwar zwischen einem vereiterten Echinococcus und einer Pankreascyste, neigte aber mehr zu letzterer Annahme, da die Geschwulst sich entfernt von der Leber entwickelt hatte. Auch eine Probepunktion gab keinen Aufschluss darüber, doch zeigte sie, dass keine ausgedehnten Verwachsungen mit der Bauchwand bestehen konnten, da das freie Ende der Spritze sich bei jeder Inspiration nach oben, das in der Cyste steckende nach unten bewegte, entsprechend dem Herabsteigen der Geschwulst. Es wurde auf der größten Höhe ein 5 Zoll langer Einschnitt gemacht, welcher etwas links von der Mittellinie und schräg nach außen verlief, das vorliegende und leicht adhärente Omentum musste durchtrennt werden, dann wurde die pralle dünne Cystenwand incidirt und entleert und dann erst an den Wundwinkel festgenäht, nachdem ihre Abtastung die Natur der Cyste ergeben hatte; Drainage. Während des Heilungsprocesses wirkte die verdauende Eigenschaft des Pankreassaftes excoriirend auf die Haut in der Umgegend der Wunde ein, was auch früher schon beobachtet wurde und durch Anwendung von Karbolöl bekämpft werden soll (besser wohl durch mit Vaseline bestrichene Protektivstücke, Ref.). Die noch längere Zeit bestehende Pankreasfistel schloss sich schließlich nach ca. 2 Monaten. Lühe (Demmin).

8) **Salzer** (Wien). Zur Diagnostik der Pankreascyste.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. VII.)

Eine 33jährige Arbeiterin, welche Typhus überstanden, bemerkte seit ihrem 18. Jahre schon oberhalb des Nabels eine gänseeigroße bewegliche Geschwulst, die wieder verschwand, um nach 4 Jahren faustgroß wieder zu erscheinen. Seitdem nahm der Tumor zu und verursachte Kreuzschmerzen und Magenbeschwer-

den (Erbrechen gallig gefärbter Flüssigkeit). Leibschneiden und Diarrhoe seit 14 Tagen. Pat. mittelgroß, schlecht genährt, anämisch. Leib aufgetrieben (größter Umfang 90 cm; vom Proc. xiph. — Nabel 14 cm, Nabel — Symphyse 20 cm) durch eine kugelige, glatte, fluktuirende Geschwulst, welche links schmerzhaft ist. Dämpfung reicht oben bis 3 Querfinger unter Scrob. Zu beiden Seiten handtellerbreit Tympanie. Hinter dem Uterus, der nach rechts gedrängt ist, faustgroße, harte Geschwulst.

Diagnose: Ovarialcyste, wahrscheinlich vom linken Ovarium.

Laparotomie. Netz liegt, wenig verschiebbar, über der Cyste. Dasselbe wird nach rechts gedrängt und parallel den Gefäßen stumpf durchtrennt. Die Cyste ist stark mit der Umgebung verwachsen, über derselben ist das Lig. gastrocolicum ausgespannt. Das Colum transversum umsäumt die untere Peripherie der Geschwulst und ist hinter die Symphyse gesunken. Es wurde jetzt konstatirt, dass die Cyste vom Mesocolon ausgeht, die Genitalorgane erweisen sich als gesund. Die Cyste wurde entleert (2½ Liter gelbbräunlicher Flüssigkeit), die Ausschälung sehr schwierig wegen der festen Adhäsionen. Die in die gespaltene Cyste eingeführte Hand dringt hoch hinauf hinter den Magen. Nach ½stündiger mühsamer Präparation war die Cyste exstirpirt; ein Stiel war nicht gefunden worden. Toilette des Peritoneums, keine Drainage, Etagennaht. Jodoformgazeverband. Exitus am 6. Tage an Peritonitis purulenta diffusa. Die Cyste erwies sich als vom Pankreas ausgehend. In der großen Lücke liegt das Pankreas, dessen Kopftheil quer abgesetzt ist. Milz doppelt vergrößert, Nieren schlaff, blutreich; Sexualorgane normal. Die exstirpirte Cyste fasste über 3500 g seröse, schäumende, bräunliche Flüssigkeit mit viel Eiweiß. Die histologische Untersuchung der Cystenwand bewies, dass dieselbe aus Pankreasgewebe bestand, an der Innenfläche nirgends Epithel.

Als ätiologisches Moment ist wahrscheinlich der Typhus anzunehmen, worauf Hoffmann und Friedreich schon aufmerksam machten. Die Symptome der Pankreaserkrankung — Salivatio pancreatica, Diarrhoëa, Fettstühle, Diabetes mellitus, chronischer Ikterus, Erscheinungen von Stenose oder Schluss von Gefäßen oder des rechten Ureters — fehlten in diesem Falle vollständig.

Pankreaserkrankungen wurden bis jetzt mitgetheilt:

1) Zukowsky: große Cyste des Pankreas, Laparotomie, Tod.

2) Thiersch: Hämatom des Pankreas, Incision, Fistel, durch die Serum sich entleert, welches die Eigenschaften des Bauchspeichels besitzt.

3) Kulenkampff: Arbeiter erlitt heftige Stöße; es bildete sich im Epigastrium eine kugelige Geschwulst, die incidirt wurde. Es besteht 6 Wochen lang eine Pankreasfistel, die dann heilte.

4) Bozemann: Eine diagnosticirte Ovarialcyste wird als Pankreascyste erkannt; 11½ Liter Inhalt, Heilung.

5) Gussenbauer: Ein 40jähriger Mann bemerkte in der Magengegend eine Geschwulst. Man fand einen Tumor, der hinter dem Colon transversum und dem Magen die Gegend der Bursa omentalis einnahm.

Diagnose: Cystische Geschwulst (Hämatom) des Pankreas oder der linken Nebenniere. Incision, Drainage. Pat. mit kleiner Fistel entlassen.

6) Dixon: Bei einem 42jährigen Mann wurde, nach heftigem Erbrechen, Schmerzen im Epigastrium, ein der Leber anliegender, der Gallenblase entsprechender Tumor konstatirt. Punktion. Tod; die Cyste nahm Kopf und Körper des Pankreas ein und mündet in den Ductus pancreaticus. Ductus choledochus komprimirt.

7) Riedel: Pankreascyste. Laparotomie. Tod an Peritonitis. Eine kleine Partie des Pankreas umschnürt mit einem Katgutfaden.

Im Centralblatt für Chirurgie (1886 No. 2) sind noch 2 Fälle von Pankreascysten erwähnt, die durch Incision und Drainage heilten.

**Heilbrun** (Kassel).

**9) v. Herff (Darmstadt). Ein Beitrag zur vaginalen Totalexstirpation der Gebärmutter.**

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 2.)

v. H. berichtet über eine sehr schwierige vaginale Totalexstirpation des Uterus, bei welcher er nach der Fritsch'schen Methode (cf. Centralbl. 1885 No. 5 u. 6) mit einigen Modifikationen derselben verfuhr. Sie bestanden erstens darin, dass er die seitlichen Schnitte zur Eröffnung und Ablösung der Parametrien nicht in der Länge von nur 3 cm, wie F., anlegte, sondern dieselben, im ersten Drittel des hinteren Scheidengewölbes beginnend, bis zur Mitte des vorderen Gewölbes führte, schließlich also beide Schnitte zusammen in einer Länge von fast $^3/_4$ des ganzen Umfanges des Cervix. Hierdurch soll für später ein leichteres und tieferes Herabtreten der Gebärmutter ermöglicht, besonders aber von Anfang an jeder Winkel der Wunde und jeder Schnitt in jedem Augenblick und bei noch so starrem Gewebe genau für das Auge sichtbar gemacht werden. Weiter löste H. den Cervix nicht erst auf der einen Seite vollständig los, sondern nahm alsbald nach der Ligatur der A. uterina die andere Seite in Angriff, weil er, wie Andere, die Beobachtung gemacht, dass nach Unterbindung der beiden A. uterinae die Blutungen aus dem Cervix gewöhnlich viel geringer sind. Schließlich bemühte sich H., die Gefäße isolirt zu unterbinden und die Umstechung durch Massenligaturen möglichst zu vermeiden.

Ein erster Versuch der Operation der 49jährigen Pat. musste aufgegeben werden, da die Blutung aus den carcinomatösen Massen zu stark war, eine über denselben angelegte elastische Ligatur stets einschnitt. Es wurde daher die Neubildung mit Schere und scharfem Löffel entfernt, die Wunde mit dem Paquelin verschorft. 7 Tage später wurde zur definitiven Operation geschritten. Dieselbe war besonders in ihrem letzten Theil der Hervorstülpung des bis auf die Lig. lata gelösten Uterus sehr schwierig. Das Corpus war bedeutend vergrößert z. Th. durch Hypertrophie, z. Th. durch ein der rechten Tubenecke aufsitzendes, subseröses Myom. Auch nach Ablösung der Lig. lata blieb es fast unbeweglich. Der Douglas'sche Raum war ganz von Pseudomembranen ausgefüllt, die hintere Gebärmutterwand in der Höhe des inneren Muttermundes fest an das Perit. parietale angelöthet. Weiter fand sich in dieser Gegend eine Dünndarmschlinge und ein anderes Gebilde, wahrscheinlich der Proc. vermiformis, adhärent, deren Ablösung aber ohne Unfall gelang. Schließlich musste noch der verkürzte und verdickte Douglas, was viel Mühe verursachte, durchtrennt werden. Dauer der Operation $2^1/_2$ Stunde. Geringer Collaps. Glatter Heilungsverlauf.

In der Epikrise hebt v. H. die Schwierigkeiten hervor, welche in diesem Fall die Verkürzung des Douglas'schen Raumes und seiner Falten — er fasst sie als Folge einer früheren sog. Parametritis posterior auf — verursachten. In dem Bestehen von Darmadhäsionen sieht er nicht, wie Heilbrun (l. c.), eine Kontraindikation für die vaginale Exstirpation, besonders nicht bei Befolgung der Fritsch-schen Methode.

Im Anschluss an diese Mittheilung beschreibt v. H. einen von ihm konstruirten Nadelhalter, welcher, dem Hegar-Schröder'schen äußerlich sehr ähnlich, die Nadel sowohl in ihrer Längs- und Querachse gleich gut und sicher fassen soll, außerdem für die Hauptsorten chirurgischer Nadeln, sowohl drehrunde als glatte und vierkantige zu verwenden ist. **Graefe** (Halle a/S.).

**10) Lebedew (Petersburg). Über Übertragung von Erysipelas innerhalb des Uterus.**

(Wöchentliche klin. Zeitung 1886. No. 14 u. 15. [Russisch.])

Im Anschluss an den Fall von Kaltenbach (Centralbl. f. Gyn. 1884 No. 44) und Runge (ibid. No. 48) veröffentlicht der Verf. eine ähnliche Beobachtung.

Die 25jährige Erstgebärende litt kurz vor der Entbindung an Erysipelas der unteren Extremitäten[1], welches eine Woche vor der Geburt endete. Die Geburt

[1] Auffallenderweise bestand in allen 3 Fällen Erysipelas der unteren Extremitäten; ist das Zufall oder erleichtert gerade dieser Sitz des Erysipelas den Übergang auf den Fötus?

(im 7. Monate der Schwangerschaft) verlief normal, das schwach entwickelte, 1300 g wiegende Mädchen starb 10 Minuten nach der Geburt.

Der ganze Körper der kindlichen Leiche erscheint wie marmorirt, da viele rothe unregelmäßige Flecken, an denen die Epidermis fehlt, gegen die mehr erhabenen unverletzten, mit Vernix caseosa bedeckten Hautstellen abstechen. Von den inneren Organen zeichnete sich nur die Leber durch anormale Größe aus.

Der Verf. schließt in diesem Falle Syphilis aus und hält die beschriebenen Veränderungen für erysipelatös.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der Haut wurden zahlreiche paarweise (Diplococcus) oder in Ketten angeordnete Zellenhaufen gefunden, aber ausschließlich in den Lymphräumen, was mit den Untersuchungen von Fehleisen und Pawlow (Russische Medicin 1885 No. 41—44) übereinstimmt. In der Placenta konnten mikroskopisch keine Mikroorganismen nachgewiesen werden, dagegen fanden sie sich in der Nabelschnur dicht unter dem Amnion, aber auch in den Lymphräumen.

Verf. nimmt an, dass die Übertragung des Erysipelas auf folgende Weise erfolgte: Die Mikroorganismen drangen von den Lymphgefäßen der unteren Extremitäten in die Lymphgefäße des Plexus iliacus internus und Plexus hypogastricus ein, von da in die Lymphgefäße des Uterus. Von hier gingen sie durch die von Langhans beschriebenen epitheliallosen Zotten in die Decidua serotina und in den Nabelstrang über. **Reimann** (Kiew).

## 11) Greig Smith (Bristol). Papillomatöse Cysten der Ligamenta lata in klinischer und operativer Beziehung.

(Annals of surgery 1885. December. p. 439.)

Papillomatöse Cysten der breiten Mutterbänder bieten sowohl in klinischer als operativer Beziehung manche Eigenthümlichkeiten dar. Vor Allem erscheinen sie weit mehr einseitig, als Ovarialkystome, dabei sind sie meist vielfach, indem sich an eine größere, stark papillomatöse Geschwulst von undeutlicher Fluktuation gewöhnlich noch kleinere, mehr flüssigen Inhalt enthaltende Cysten anschließen. Der Uterus pflegt meist viel mehr vergrößert zu sein als bei Ovarienkystomen der Fall zu sein pflegt. Dabei erscheinen die in Rede stehenden Geschwülste stets ganz unbeweglich, selbst ganz im Beginn ihrer Entwicklung, sie sind gewöhnlich fest mit dem Uterus verwachsen, so dass Verf. in 1 Fall einen Theil seiner muskulösen Wandung mit abzutragen gezwungen war. Eine Folge ihrer festen Verwachsungen mit den Nachbarorganen ist auch die sehr häufige beträchtliche Störung der Funktion der Blase und des Mastdarms. Auffallend ist endlich ihre Neigung zu Ruptur, welche zuweilen mehrfach eintritt.

Die Operation dieser Tumoren ist eine schwierige Aufgabe, indem namentlich ihre Verkleinerung zum Zweck der Heraushebelung selten gut gelingt und oft schwere Blutungen veranlasst, wie in allen vom Verf. operirten Fällen, die, 3 an Zahl, dennoch stets zu Genesung führten. **Lühe** (Demmin).

## 12) Dalché. Endometritis bei einer Virgo intacta, unstillbare Blutungen. Heilung durch Injektion von Eisenchlorid.

(Gaz. méd. de Paris 1885. No. 49.)

15jähriges Mädchen, seit dem 13. Jahre menstruirt, Anfangs 4wöchentlich, später in kurzen Intervallen, endlich andauernde Blutung.

Große Prostration. Bei der Untersuchung Virginität konstatirt. Uterus groß, 7 cm lang, liegt normal, Cervix lässt Fingerspitze eindringen, 2,8 mm dick und breit. Ergotin, Digitalis, Eisenchloridauspinselung. Heilung durch eine Eisenchloridinjektion. Zur Bestimmung der Menge der einzuspritzenden Flüssigkeit probirt D. erst die Kapacität des Uterus mit einer indifferenten Flüssigkeit aus. **Hadra** (Berlin).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

**Zehnter Jahrgang.**

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 27.** **Sonnabend, den 3. Juli.** **1886.**




## Verhandlungen der ersten Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in München, 17.—19. Juni 1886.

1. Sitzung, Donnerstag, 17. Juni Vormittags 10 Uhr.

Vorsitzender: Herr Winckel (München), Schriftführer: Herr Küstner (Jena).

### Diskussion zu **Müller's** Vortrag: Über Nachbehandlung schwerer Laparotomien.

Olshausen wundert sich über die Häufigkeit der Fälle in Müller's Praxis. Er sah nach Einbringung von Jodoform in die Bauchhöhle Verwachsungen eintreten; beobachtete immer nur Verwachsungen von Darmschlingen mit der Stielfläche, nur einmal Verwachsungen der Darmschlingen unter sich. Es führte dies, ohne dass Ileus vorhanden war, zu peritonitischen Erscheinungen. Alle Fälle von Ileus betreffen Verwachsungen mit der Stielfläche. Wolle man diesen vorbeugen, so müsste man, wie Thornton es thut, den Stiel ans Peritoneum (plica vesicouterina) annähen. Er hält die Idee, Kochsalzlösungen einzugießen, für rationell, besonders wenn Blutung stattgefunden hat; denn es sei besser, statt einer Transfusion lieber Eingießungen in die Bauchhöhle zu machen. Nach Eingießung größerer Thymolmengen sah er ziemliche Shockerscheinungen, vielleicht Intoxikationserscheinungen; hierüber müsse die Erfahrung entscheiden.

Schatz sah nach Laparotomien trotz guten Verlaufs Verwachsungen; hält diese Verwachsungen für häufiger, als es scheint, auch ohne dass Erscheinungen da sind. Diese Verwachsungen brauchen nicht schlimm zu sein, es trete nach längerer Zeit noch Durchgängigkeit des Darmes ein; man müsse für solche Fälle die Opiumtherapie anwenden, da man nach der Laparotomie nicht immer die eingeklemmte Stelle findet.

Kaltenbach. Früher waren die Fälle von Darmeinklemmungen häufiger als jetzt, wahrscheinlich, wie er früher glaubte, wegen der ausgiebigen Toilette, wodurch die Därme gereizt, oder eine Achsendrehung erzeugt wurde; ferner konnten die benutzten Antiseptica das Epithel abschilfern. Jetzt ist er anderer Anschauung; er führt die Verwachsungen jetzt auf ungenügende Desinfektion zurück, er führt Schwämme nur selten in die Bauchhöhle ein, dafür wendet er Sublimat an. Seitdem sah er keine Darmeinklemmungen mehr. Von 24 Fällen mit Karbolbehandlung sah er dreimal Zeichen von Darmeinklemmung (2mal letal), jetzt unter 57 Fällen keine mehr.

Gusserow sah bei früheren Operationen häufig Verwachsungen der Därme mit der vorderen Bauchwand, ohne dass Erscheinungen vorhanden waren. Die Toilette macht er nicht verantwortlich.

Krukenberg erwähnt den früher publicirten Fall von Verwachsungen nach Sublimatbehandlung. Seitdem er das Sublimat nicht mehr anwendete, sah er solche Fälle von Ileus nicht mehr. Was die Verwachsung mit der vorderen Bauchwand betrifft, so glaube er, dass durch das Herauswälzen des Tumors aus der kleinen Bauchwunde kleine Blutergüsse zwischen vorderer Bauchwand und Peritoneum, so wie Epithelabschilferungen eintreten.

Elischer (Budapest) glaubt, Verwachsungen mit dem Stiel dadurch zu vermeiden, dass er denselben über und über mit Katgut näht; er sah dann Anheftung des Stiels an den Darm nicht mehr, dagegen sah er einen Fall von Magenberstung bei chronischem Magenkatarrh, nach 16 Stunden war das Bauchfell fest an einander gelöthet, wesshalb er an die Abschilferung des Epithels glaube.

Meinert (Dresden) beobachtete einen Todesfall in Folge von Verwachsung. Es war nach Ovariotomie ein Cystenrest in die Bauchhöhle versenkt. Nach Jahresfrist abermals Laparotomie, da der Tumor sich wieder vergrößerte. Verletzung eines Darmes, Darmnaht. Der Darm linear an die Bauchwunde angelöthet.

Küstner glaubt, dass durch die fortlaufende Katgutnaht der Peritonealfläche möglicherweise die Adhäsionen vermieden werden können.

Sänger glaubt nicht, dass die Kochsalzlösung Adhäsionen verhindern werde, weil die Flüssigkeit in kurzer Zeit resorbirt werde, noch ehe die Regeneration der Wundflächen wieder eingetreten sei. Zum Zustandekommen von Verwachsungen genüge eine Wundfläche. Übrigens sind Verwachsungen nicht gefährlich, kommen sehr häufig vor und sind nicht immer Ursache des Ileus. Sah als Ursache von Ileus ein großes pelveo-peritonitisches Exsudat; ein anderes Mal fand sich nichts als meteoristische Auftreibung und Magengeschwüre; hält dies für septische Darmlähmung. Hier hätte eine Eingießung in die Bauchhöhle nichts genützt. Im Übrigen beruft er sich auf die Versuche, die er gelegentlich seiner Arbeit über die Resektion des Peritoneum parietale gemacht hat.

Müller bemerkt, dass er seit 2 Jahren Sublimat anwende und in dieser Zeit die Erscheinungen beobachtet habe.

Schwarz glaubt nicht an eine Epithelabschürfung, weil sonst an anderen Stellen, wo die Epithelabschürfungen eben so häufig sind, gleichfalls Verwachsungen sich finden müssten; glaubt, dass die Ursache der Verwachsung in der Form der Bauchhöhle und dem Reiz des Epithels liegt. Durch die Bauchnaht werde eine Aushöhlung erzeugt, in der die Därme liegen. Dies erleichtere das Zustandekommen der Verwachsungen.

v. Saexinger nimmt Kaltenbach gegenüber die Karbolsäure und die ausgiebige Desinfektion in Schutz. Von 131 Fällen hat er keinen Darmverschluss gesehen.

Kaltenbach sieht im Sublimat nur ein Mittel, das leichter gegen eitrige Peritonitis schützt.

Firnig (Köln) sah bei Bardenheuer, der unter Umständen mit 5%iger Karbollösung ausspült, in 3 Jahren keinen Fall von Darmocclusion. Er führt die Occlusion auf Infektion — vielleicht durch besondere Infektionsträger — zurück, die zur Verlöthung führt. Er empfiehlt überall da, wo es angeht, die Abkapselung des Operationsfeldes gegen die Bauchhöhle und dann erst Operation (Verlöthung

der runden Mutterbänder mit der vorderen Bauchwand, dann Ausschälung der Geschwulst).

Gusserow tritt der Behauptung des Vorredners entgegen; man dürfe für Verwachsungen keine besonderen Mikroben erfinden, es genügten kleine Verletzungen.

## Diskussion zum Vortrage Bayer's über Placenta praevia.

Schatz glaubt, dass noch viel mehr Untersuchungen zur Klarlegung der betreffenden Verhältnisse stattfinden müssten. Die Bildung der Placenta sei viel früher vorhanden, als die Uterusthätigkeit; sie geschieht schon zu einer Zeit, wo von Blutungen und Zerreißungen noch nicht die Rede sein kann.

Küstner spricht über den Annulus fibrosus, dieser steht in enger Beziehung zur Placenta praevia. Beim Annulus fibrosus handelt es sich nicht um fibröse Bildungen, sondern um Coagulationsnekrosen (Ackermann), vielleicht auch um Blutungen, die nachher Veränderungen eingehen. Die dicke Eihautschwarte, die die Cotyledo succenturiata verbinde, ist auch durch Coagulationsnekrose entstanden und nicht durch Abreißung. Der Annulus fibrosus hindert das Weiterwachsthum der Placenta über ihn hinaus.

Bayer fand die Placenta marginata am häufigsten an den Tubenecken; giebt für dieselbe eine mechanische Erklärung. Dieselbe ist gewöhnlich halbmondförmig.

Schatz: Die Vorstellung, dass die Placenta unter Umständen nicht weiter wachsen könne, könne richtig sein; man finde aber Placentae, die keinen Ring haben und doch nicht weiter wachsen; als Beweis führt er die eineiigen Zwillingsplacentae an.

Veit (Berlin): Küstner habe seine Anschauung geändert, wie aus den Debatten der Magdeburger Naturforscherversammlung hervorgehe; es komme bei der Bildung der Plac. marg. im Wesentlichen darauf an, wie der weiße Ring entsteht. Vor der Entstehung einer Coagulationsnekrose müssten andere Processe vorhanden sein, er glaubt, dass es Processe sind, die die Decidua betroffen haben; er legt das Hauptgewicht auf den weißen Ring, und hält das Überwachsen der Placenta für möglich. Er frägt, ob Bayer bei der Behauptung, dass die Placenta nicht im unteren Uterussegment liegt, auf anatomische oder klinische Beobachtungen sich stützt.

Hofmeier spricht über die Entwicklung des unteren Segmentes bei Plac. pr. und giebt nicht zu, dass das untere Segment sich nicht ausdehnt; er glaubt, dass nur durch anatomische Präparate diese Frage gelöst werden könne. Die Uteri, die er anatomisch bei Plac. pr. gesehen, zeigten das untere Unterussegment sehr wohl entwickelt. Die Kontraktionen des unteren Uterussegment sind zur Stillung der Uterusblutung bei Plac. pr. nicht nöthig, wie Simpson's Erfahrungen lehren. Es frägt sich überhaupt, wo die Uterusgefäße in die Muskulatur eintreten; an einem Präparate fand er, dass die großen Gefäße an der Stelle eintreten, wo die feste Haftstelle des Peritoneums ist. Es sind also die Kontraktionen des unteren Segmentes nicht nöthig.

Küstner glaubt nicht an primäre entzündliche Processe der Decidua, da man zu wenig Anhalt dafür fände. Die Hauptsache sei eine Coagulationsnekrose.

Bayer: Der Margo der Plac. marg. ist etwas Sekundäres. Gegen Hofmeier bemerkte er, dass er nicht bezweifelt, dass ein unteres Segment sich bilde, es handle sich nur darum, ob ein unteres Segment in der Geburt sich bilde. Was den Sitz der Plac. praev. unterhalb des Kontraktionswulstes betrifft, so bezweifelt er, dass in diesen Fällen ein normales unteres Segment gebildet war.

## Diskussion zum Vortrage Fehling's: Über die Beziehungen zwischen der Beschaffenheit des Blutes bei Schwangeren und der Zusammensetzung des Fruchtwassers.

Krukenberg: Die Zunahme des Eiweißgehaltes im Fruchtwasser könne durch Veränderungen des Fötalblutes bedingt sein, und brauche nicht von der Zunahme der Hämoglobinmenge des mütterlichen Blutes herzurühren. Allerdings

fehlten nach seinen Untersuchungen Harncylinder im Fruchtwasser, während sie im fötalen Urin vorhanden sind. Seine Versuche, durch Unterbindung der Uterusgefäße eine uterine Stase zu erzeugen, führten bezüglich der Herkunft des Fruchtwassers zu keinem Resultate. Er halte die Erklärung Fehling's, dass das Fruchtwasser vorwiegend ein mütterliches Transsudat sei, für möglich, aber nicht erwiesen.

Gusserow erklärt, dass er seinen früheren Standpunkt nicht mehr so streng einnehme. In letzter Linie stamme das Fruchtwasser natürlich aus dem mütterlichen Blute; denn, auch wenn der Fötus wirklich seinen Urin dem Fruchtwasser beimengt, stamme dieser Antheil doch aus dem Mutterblute.

Prochownik: Der chemische Weg genügt nicht; er empfehle die physikalisch-experimentelle Untersuchung. Er habe neuerdings in der Weise experimentirt, dass er an Eihäuten einen Flüssigkeitsstrom vorübergehen ließ; dabei sei nichts durchgegangen.

Schatz verweist auf das Hydramnion bei eineiigen Zwillingen, und glaubt, die Natur zeige hier den Weg, woher die Flüssigkeit stammt.

Fehling hat den Hämoglobingehalt des Fötus noch nicht untersucht. Er wolle mit seinen Angaben keine Beweise bringen, sondern nur eine Stütze seiner Ansichten. Gegen Prochownik bemerkt er, dass todte Eihäute andere Resultate geben, als lebende.

Wiener: Nach den Untersuchungen von Zuntz und Cohnstein nehme der Hämoglobingehalt des Fötus mit dessen fortschreitender Entwicklung beständig zu; es könnten demnach die größeren Eiweißmengen im Fruchtwasser in den späteren Schwangerschaftsmonaten auch vom Fötus herrühren. Übrigens sei experimentell erwiesen, dass in der späteren Schwangerschaftszeit die Eihäute durchlässiger seien, als in den früheren Monaten. Dies erkläre vielleicht den größeren Eiweißgehalt des Fruchtwassers in späterer Zeit, spreche aber nicht gegen eine Beimengung von fötalem Harn. Man dürfe in dieser Hinsicht der, auch experimentell nachgewiesenen Thätigkeit der Fötalniere nicht jede Bedeutung absprechen. Auch die Fälle von Harnstauung bei Verschluss der Harnwege sonst ganz gesunder Früchte sprechen für eine regelmäßige Thätigkeit der Fötalniere resp. für Beimengung des Harns zum Fruchtwasser.

Runge erwähnt, dass Alex. Schmidt, der Blut vom Kinde im Momente der Geburt untersuchte, eine wesentliche Alteration des Hämoglobingehaltes des Fötus in der Geburt nicht fand.

Prochownik erwiedert Fehling, dass die von ihm benutzten Eihäute ganz frisch, und lebenden möglichst ähnlich waren.

## Diskussion zu Sänger's Vortrag: Über Palpation der Harnleiter.

Winckel bemerkt, dass schon Hildebrandt bei Retroflexio uteri die Anschwellung der Ureteren konstatirt habe.

Hirschberg: Man könne Nierenbecken- oder Blasenepithelien nicht genau unterscheiden, es lasse sich also nicht entscheiden, ob Nierenbecken oder Blasenkatarrh vorhanden; auch bei Steinnieren ergiebt die Sondirung keinen Aufschluss.

Chrobak hat gleichfalls früher schon erwähnt, dass die Ureteren palpabel seien. Auch Pawlick palpire die Ureteren.

Schwarz hat wiederholt die Ureteren getastet; hält die Tastung für leicht. Bei schwieriger Tastung füllt er den Mastdarm mit dem Kolpeurynter, um eine Unterlage zu haben, auf der man den Ureter fühlen kann. Er giebt der direkten Methode (Untersuchung mit Simon'schem Spiegel) den Vorzug vor der Sänger'schen. Er sah auf diese Weise öfter aus der einen Ureteröffnung trüben, aus der anderen klaren Urin fließen; im Simon'schen Spiegel habe er öfter die Ureteren sondirt; man müsse nur die Öffnung mit einem Häkchen fixiren.

Olshausen: Zur Entscheidung der Erkrankung der einen oder anderen Niere könne man sich ohne Unterbindung mit einer Kompression des Ureter begnügen; derselbe lasse sich gewiss mit einem klammerartigen Instrument von der Scheide aus komprimiren und zwar unschädlicher für längere Zeit.

Korn (Dresden) hat in 100 Fällen nur einmal die Ureteren bei Schwangeren

nicht gefühlt, auch in einem Fall chronischen Blasenkatarrhs, fühlte er beide Ureteren bleistiftdick.

Elischer: Die Palpation der Ureteren sei wichtig, besonders mit Rücksicht auf die Uterusexstirpation; machte bei der ersten Exstirpation eine Ureterfistel. Die Sondirung an sich sei nicht schwer, nur das weitere Hinaufdringen über den Winkel, den der Blasentheil des Ureter mit dem oberen Theile bildet. Die Unterbindung des Ureter halte er gar nicht für ungefährlich.

Mundé ist zweifelhaft, ob man wirklich die Ureteren deutlich fühlen kann, oder ob man sie nicht mit anderen Gebilden verwechsle. Bei chronischen Blasenerkrankungen könne man wohl die verdickten Harnleiter fühlen, wie er selbst in einem Falle sich überzeugt habe.

Zweifel: Die Zusammenklemmung der Harnleiter sei schon von Tuchmann und Simon erwähnt; er halte das für das Bequemste. Man legt eine Klemmpincette an die Blasenmündung der Ureteren.

Krukenberg: Nach Unterbindung der Ureteren könne unter Umständen Nephritis eintreten (Aufrecht).

Sänger: Die Hildebrandt'sche Notiz, welche sich auch nur auf die Verhältnisse bei Retroflexio uteri zu beziehen scheine, sei ihm unbekannt geblieben. Hegar gedachte, außer in dem speciellen Falle, wo er den einen verdickten Ureter unterband, der Ureterentastung nur im Allgemeinen, eben so Chroback; sonst fänden sich nirgends in der Litteratur Angaben über die fast regelmäßige Tastungsfähigkeit der Harnleiter und über die Verwerthung derselben für die Diagnostik von Erkrankungen der Harnorgane. Auch Pawlick spreche, selbst in seiner vor Kurzem erschienenen Arbeit, nicht davon. — Nicht der Befund von Nierenbeckenepithelien im Harn allein, sondern das Vorkommen zahlreicher und ausgesprochener solcher zusammen mit dem Befunde von Erkrankung der Ureteren halte er für beweisend für Betheiligung des Nierenbeckens. Der verschiedenen Methoden, welche bisher zur Absperrung einer Niere angegeben wurden, habe er in seiner Arbeit genauer gedacht, auch sei dort gleichfalls, wo angänglich, die Kompression des Ureter statt der Unterbindung vorgeschlagen. Kurzdauernde Kompression mache wohl schwerlich Nephritis. Die Sondirung der Ureteren, wie sie Schwarz übte, möchte er gegenüber der glänzenden Technik Pawlick's, welcher die direkte Sondirung ohne Erweiterung der Urethra auszuführen lehrte, als in Zukunft veraltet hinstellen. An eine Verwechslung der Ureteren mit anderen Gebilden sei nicht zu denken, wenn man sich an die anatomischen Verhältnisse halte. Man müsse nur den von der Scheide her tastbaren unteren Abschnitten der Harnorgane (Urethra, Blasenhals, Trigonum, Ligam. inter-uretericum, Ureteren, Septum urethro- und vesico-vaginale) die Aufmerksamkeit zuwenden, so werde man sie in gesundem und krankem Zustande oft mit überraschender Deutlichkeit fühlen.

Schwarz will nicht immer zum Zwecke der Ureteren-Sondirung dilatiren und mit einem Häkchen anhaken; nur in einem Falle habe er es gethan.

---

## 1) v. Rabenau. Über eine neue operative Behandlung der Retroflexio uteri.

(Berliner klin. Wochenschrift 1886. No. 18.)

Aus dem Nachlass des am 13. April 1885 verstorbenen Verf.s wird ein Manuskript mitgetheilt, worin derselbe eine neue Methode der operativen Behandlung der Retroflexio beschreibt. Für diejenigen Fälle, in denen ein Pessar entweder nicht vertragen wird, oder aber den Uterus nicht in normaler Lage erhält, empfiehlt Verf. seine Methode. Dieselbe besteht in einer typischen hohen Excision der vorderen Lippe, bei der durchschnittlich 4 cm der Lippe resp. Uteruswand entfernt wurden. Der unmittelbare Effekt ist eine vollkommene Aufrichtung des Uterus, die sich dadurch erklärt, dass bei dem retro-

flektirten Uterus die größere konvexe, vordere Fläche durch die hohe Excision so verkleinert wird, dass sie kleiner wird, als die hintere konkave. Es wird also jetzt die vordere Fläche konkav, und die hintere konvex, was der normalen Lage entspricht. Die Heilung soll so erfolgt sein, dass in drei Fällen sich eine starke Retropositio ausbildete, d. h. die Uterusachse war nach vorn konkav, das Corpus im hinteren Scheidengewölbe zu fühlen. Durch Narbenkontraktion wurde die Lage im 2. und 3. Falle eine gerade, in allen übrigen normal.

Verf. hat diese Operationen in seinen letzten Lebensmonaten als schwerkranker Mann ausgeführt und leider nicht mehr Gelegenheit gehabt, den Erfolg seiner Methode längere Zeit zu beobachten. Ref. war während der gynäkologischen Thätigkeit des Verf.s sein Assistent und hat von den Fällen zwei selbst operirt, die anderen bis auf einen (Fall 1) operiren gesehen. Dieselben befinden sich zur Zeit noch alle in Beobachtung und Behandlung des Ref. und dürfte es bei der Wichtigkeit des Themas von Interesse sein, die 6 Fälle und ihren Verlauf kurz mitzutheilen.

1) Frau Pohl, aufgenommen in die Poliklinik 21. März 1884, 31jährige IIpara, Prolaps der vorderen, geringer der hinteren Scheidenwand. Uterus vergrößert, retroflektirt fixirt. Am 10. August 1884 Colporrh. ant., hohe Excision der vorderen Lippe. Befund Anfang vorigen Jahres: Perimetrit. post., Uterus retroflektirt, fixirt, Orificium sehr eng, Sonde 6 cm, Beschwerden wie früher, mehr Schmerzen bei der Regel. Am 6. Mai 1886 derselbe Zustand.

2) Frau Graf, aufgenommen am 17. April 1883, 37 Jahre, IIIpara: Perimetr. post., Retroflexio fixata. Zierliche, nicht verdickte Portio. 2. November 1884 Operation, Uterus vor der Operation 9 cm, sogleich nach derselben $6^1/_2$ cm. Uterus kurze Zeit nach der Operation retroflektirt, zu den alten gewöhnlichen Beschwerden sind in Folge der Zerrung noch heftige Schmerzen beim Urinlassen hinzugetreten. Vor etwa 6 Wochen derselbe Zustand.

3) Frl. Mix, am 18. Oktober 1884 aufgenommen, 21 Jahr, Nulligravida. Klagen über Ausfluss, Kreuz- und Leibschmerzen, Periode alle 4 Wochen, sehr reichlich mit viel Schmerzen, 8 Tage lang. Großes, kräftiges Mädchen. Uterus retroflektirt, vergrößert, beweglich, Adnexa frei, Collum etwas elongirt. Es wird ein Hodge eingelegt, der den Uterus in normaler Lage erhält und gut vertragen wird. Am 8. November 1884 Operation. Sonde vorher $8^1/_2$ cm, sofort nach der Operation $5^1/_2$ cm. Uterus liegt richtig. Bald nachdem Pat. das Bett verlassen, lag der Uterus wieder retroflektirt, in Folge der Narbenkontraktion entstand eine starke Stenose, so dass die Schmerzen bei der Periode noch heftiger waren, als früher. Ein Ring wurde wegen Schwellung und Descensus des rechten Ovarium nicht vertragen. Nach einigen Monaten konnte wieder ein Ring eingelegt werden, der den Uterus ohne Beschwerden in normaler Lage erhielt. Da bei der Periode die Schmerzen noch sehr heftig

waren, machte Ref. am 17. Februar 1886 behufs Beseitigung der Stenose eine Spaltung und Excision aus der hinteren Lippe. Die Regel verlief im März und April ohne Schmerzen, Sonde lässt sich leicht 5 cm weit einführen. Wenn der Ring kurze Zeit entfernt wird, liegt der Uterus sofort retroflektirt. Pat. trägt ein Pessar und fühlt sich bedeutend gebessert.

4) Frau Sachtleber, aufgenommen am 21. Oktober 1884. IVpara. Klagt seit der letzten Entbindung vor 2 Jahren über Schmerzen im Leibe und Appetitlosigkeit. Große, leidlich kräftige Frau. Uterus retroflektirt, vergrößert, sehr beweglich, Portio dick, Lippen evertirt, Erosionen. Es wird ein Hodge eingelegt, der den Uterus in normaler Lage erhält. Da wegen des Ektropiums und der Erosionen die Amputation indicirt erschien, wird am 25. November 1884 zugleich die hohe Excision der vorderen Lippe gemacht. Sonde vor der Operation 10 cm, nachher 6 cm. Im Februar 1885 lag der Uterus retroflektirt, es wurde ein Pessar eingelegt, welches am 21. April 1885 entfernt wurde. Seit dieser Zeit liegt der Uterus gerade, ist $5^1/_2$ cm lang, Orificium sehr eng, Schmerzen bei der Periode und beim Urinlassen. Am 6. Mai 1886 derselbe Befund.

5) Frau Westphal, aufgenommen am 5. December 1883, Nullipara. Große kräftige Frau. Klagen über Schmerzen in der rechten Seite nach einem Fehltritt. Am 9. September 1882 war in der Martin'schen Klinik eine Amput. coll. gemacht. Uterus stark vergrößert, retroflektirt, beweglich. Portio sehr schön konfigurirt, Orificium weit. Pat. erhielt einen Ring, der den Uterus in normaler Lage erhielt. Das Pessar wurde nach einiger Zeit entfernt, der Uterus lag dann wieder retroflektirt. Am 3. December 1884 Operation. Genaue Maße nicht angegeben. Pat. wurde dann vom Ref. bis 20. April 1885 nicht beobachtet, an diesem Tage lag der Uterus normal, im Juli 1885 lag er wieder retroflektirt. Bei der heute (17. Mai) vorgenommenen Untersuchung zeigt sich die Frau mit ihrem Zustande zufrieden, sie hat nur ziemlich heftige Schmerzen bei der Regel. Der Uterus liegt völlig retroflektirt, beweglich, ist stark verkleinert, etwa 6 cm. Der Versuch, eine Martin'sche Sonde durch das enge, von harten Narben umgebene Orificium einzuführen, wird wegen der Schmerzhaftigkeit aufgegeben.

6) Frau Grawert, am 15. Januar 1885 aufgenommen. Ausfluss, Kreuzschmerzen, Regel alle 14 Tage, sehr reichlich, 5 Tage lang. Große kräftige Frau. Uterus retroflektirt, vergrößert, beweglich, große Erosionen. Am 17. Januar 1885 Operation. Genaue Maße nicht notirt. Die Nähte blieben sehr lange liegen und hatte Pat. mehrere erschöpfende Nachblutungen, deren letzte am 18. Februar 1885 vom Ref. durch die Naht gestillt wurde. Pat. erholte sich nur sehr langsam von den Blutverlusten. Uterus einige Monate später leicht retroflektirt, Regel jetzt alle 4 Wochen mit geringeren Beschwerden. Kein Pessar eingelegt. Befund am 10. Mai 1886 große anä-

mische Frau, ausgedehnter Bronchialkatarrh. Uterus liegt normal. Orificium etwas eng, Sonde 5 cm. Urindrang häufiger als früher.

Wie bereits erwähnt, hat der Verf. leider nicht Gelegenheit gehabt, den Erfolg seiner Methode längere Zeit zu beobachten. Dieser Erfolg muss nach dem oben Mitgetheilten entschieden als nicht zufriedenstellend bezeichnet werden. In den Fällen 1, 2, 3, 5 ist er gleich Null, in Fall 4 und 6 mindestens zweifelhaft. Was die Indikationen betrifft, aus denen operirt wurde, so konnte wohl a priori bei Fall 1 und 2, wo es sich um fixirte Retroflexionen handelte, ein Erfolg kaum erwartet werden (eben so wenig wie von der Alexander-schen Operation), in Fall 3, 4, 5 war eine längere, andere Behandlung nicht versucht. Ohne schließlich auf die theoretische und anatomische Berechtigung der Operation eingehen zu wollen, muss dieselbe, obgleich sie leicht ausführbar und kaum als gefährlich zu betrachten ist, doch entschieden als verstümmelnd bezeichnet werden, zumal bei Mädchen und jüngeren Frauen, da wohl kaum bei einem derartig verkürzten Uterus von 5—6 cm Größe und der starken Narbenbildung eine normale Schwangerschaft und Geburt zu erwarten ist.

Was übrigens die vom Verf. angeregte Frage betrifft, ob Retroflexionen nach einfacher Amputat. colli heilen können, so hat Ref. in den letzten 3 Jahren 3 Fälle seiner Praxis beobachtet, in denen bei bestehender Retroflexio aus anderen Gründen operirt wurde und Heilung eintrat. Natürlich wird sich hieraus keine Indikation zur Operation herleiten lassen. **Peltzer** (Berlin).

---

## 2) **Leyden** (Berlin). Über Hydrops und Albuminurie der Schwangeren.

(Vortrag in d. Berliner med. Gesellschaft. Deutsche med. Wochenschrift 1886. No. 9.)

Nachdem Verf. zunächst kurz die Symptome der in Frage kommenden Affektion beleuchtet und des Verhältnisses der Eklampsie und des Hydrops zur Albuminurie gedacht hat, definirt er die Nierenaffektion der Schwangeren als eine ganz bestimmte Form, welche allein durch das Verhältnis der Schwangerschaft bedingt wird, und welche gelegentlich zur Eklampsie Veranlassung giebt. Natürlich können Schwangere gelegentlich auch an anderen Nierenaffektionen leiden; allein das Unterscheidungsmoment liegt in der Entwicklung. Der Hydrops und die Albuminurie entwickeln sich hauptsächlich bei Primiparen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, steigern sich gegen Ende derselben und nehmen nach der Geburt in der Regel rasch in wenigen Tagen ab. Der Urin zeigt im Ganzen wenig charakteristische Eigenschaften. Die Diagnose muss sich aus dem Zusammengreifen aller Momente der Entwicklung und der Symptome ergeben.

Bezüglich des anatomischen Befundes hat Verf. schon früher einige Publikationen von Fällen veranlasst, in denen die Autopsie

eine große, blasse Niere ergeben hat. Die mikroskopische Untersuchung wies ausgedehnte Füllung mit Fett, namentlich in den gewundenen Kanälchen, zum Theil auch der Glomeruli nach; ein weiterer Fall wurde von Hiller publicirt. Vor Kurzem konnte Verf. einen dritten Fall derselben Art beobachten. Als akute Nephritis sind diese Fälle also nicht aufzufassen; sie lassen sich am besten erklären aus einer länger dauernden arteriellen Anämie; auch die Möglichkeit der raschen Restitution lässt sich so am besten erklären.

Dass diese Affektion auf die Verhältnisse der Schwangerschaft zurückzuführen ist, ist allgemein angenommen; nur die specielle Deutung ist nicht klar; die Annahme Cohnheim's, dass es sich um einen Krampf der Nierenarterie handele, wird kaum allgemeine Billigung finden.

In prognostischer Beziehung wurde bisher der Hauptwerth auf die Eklampsie gelegt; verlief diese nicht tödlich, so wurde der Process nicht als schwer angesehen und angenommen, dass die Affektion bald verschwinde.

Verf. hat Erfahrungen gemacht, dass dieser günstige Ausgang keineswegs immer sicher zu erwarten ist. Er hat in den letzten Jahren 10 Fälle gesehen, die langdauernde Albuminurie nach der Entbindung zeigten; dazu kamen noch einige Fälle, die als Morbus Brightii diagnosticirt waren und wo sich die Ätiologie erst später ergab. Ein großer Theil dieser Fälle bleibt nun in diesem Zustand der chronischen Albuminurie; nur in einem Fall sah Verf. vollständige Heilung. Auch den Übergang in Granularatrophie beobachtete Verf. in 2 Fällen. Die ganze Affektion ist also keineswegs gleichgültig und fordert die Ärzte auf zu überlegen, wie dem schlimmen Ausgang vorgebeugt werden könne; in therapeutischer Beziehung kommt namentlich in Betracht, in wie weit eine künstliche Frühgeburt indicirt sein könnte. Es müsse namentlich festgestellt werden, wie lange die Albuminurie vor der Geburt bestehen kann, ohne dass die Gefahr eintritt, sie werde in das chronische Stadium übergehen. Dann wird das Auftreten des Hydrops und die Verminderung der Harnsekretion während der Schwangerschaft näher zu untersuchen sein. Verf. meint, dass das erste Moment der Störung die Verminderung der Sekretion sei und erst bei fortgesetztem Bestehen sich die anatomische Störung der Niere ausbildet.

Diskussion. Schröder begrüßt es mit Freuden, dass L. an der Ansicht festgehalten hat, dass es lediglich ein anämischer Zustand der Niere ist, welchen die Schwangerschaft hervorruft. Dagegen hält er es nicht für richtig, als Ursache die Raumbeschränkung und eine Zunahme des intraabdominellen Druckes anzunehmen, dessen Existenz überhaupt in der Schwangerschaft zweifelhaft ist. Die Eklampsie ist etwas ganz Besonderes, nur den Kreißenden Eigenthümliches und tritt in Fällen auf, wo die Albuminurie ganz gering ist. In Fällen von Nephritis, in denen er die künstliche Frühgeburt eingeleitet hat, sah er keine Eklampsie. Was die in chronische Form

übergegangenen Fälle betrifft, so möchte er den Einwand erheben, dass hier vielleicht die Kranken mit Nephritis in die Schwangerschaft hineingegangen seien, oder sie während der Schwangerschaft acquirirt hätten. Die bei Kreißenden ganz akut auftretenden Nierenerscheinungen seien nur durch arteriellen Krampf zu erklären.

Senator meint, dass es seiner Ansicht nach sich bei der Schwangerschaftsniere um eine anämische Niere handele, dass er aber nicht glaube, dass eine Ischämie, wie immer man sie auch erklären möge, die Schwangerschaftsniere bedinge. Er glaube, dass man gewisse Ernährungsstörungen während der Schwangerschaft mit heranziehen muss. Die Prognose kann er nicht so ungünstig wie L. stellen.

Virchow. In Bezug auf die Interpretation der Niere, welche L. gegeben hat, ist die Frage berechtigt, ob es in der Niere eine Fettinfiltration giebt (wie z. B. die Säuferleber), d. h. eine allmähliche Anfüllung der Epithelien mit Fett, ohne dass dieselben desshalb in ihrer Existenz beeinträchtigt werden. V. hat sich bisher nicht davon überzeugen können. Er meint daher, dass L. eine Fettmetamorphose gesehen hat, wenn auch nur sehr geringen Grades. Ganz anders sei der Befund in den Glomerulis, hier hat V., der das Präparat gesehen hat, den Eindruck erhalten, als handele es sich um Mikrokokken, ohne direkt in Abrede stellen zu können, dass es Fett sei. Hier müssen noch viele Untersuchungen gemacht werden. (In der nächsten Sitzung hat V. sich überzeugt, dass es sich um Verstopfung im Lumen der Glomeruli durch Fett handele.)

Landau will das Moment der Vermehrung des Inhaltes der Bauchhöhle von der Ätiologie dieser Fälle nicht ganz ausgeschlossen wissen; er führt weiter die Zerrung der Harnleiter und die Halbertsmasche Ansicht an, und meint, dass es dadurch zu ischämischen Processen an der Niere kommen könne, oder zu Stauungsniere.

Schröder widerspricht dem; Verengung und Verschluss der Ureteren mache keine Eklampsie. Landau stellt es wenigstens als möglich hin, da es durch Beobachtung und Experiment festgestellt sei.

**Schellenberg** (Leipzig).

---

# Kasuistik.

3) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 11. Mai 1886.

Vorsitzender: Herr Reusche, Schriftführer: Herr K. Jaffé.

I. Demonstration.

Herr Lomer demonstrirt eine 58jährige Frau mit großem Uterusprolaps. Dieselbe machte mit 29 Jahren eine Zangengeburt durch, wobei ein Dammriss und nachher Prolaps des Uterus entstand. 3 Jahre später wurde sie operirt, abortirte dann noch einmal und befindet sich jetzt seit 13 Jahren in der Menopause. Bemerkenswerth ist die gut Kindskopfgröße des Prolapses (der Umfang beträgt 39 cm, der Sagittaldurchmesser 42 cm) und das Fehlen des wahrscheinlich obliterirten äußeren Muttermundes. Die Retention gelingt mittels eines gestielten Ringpessars.

II. Herr Fraenkel spricht »Über einige klinische und anatomische Eigenthümlichkeiten der Tuberkulose im Kindesalter.

F. bespricht zunächst unter besonderer Verwerthung der vortrefflichen statistischen Untersuchungen Würzburg's die Häufigkeit des Vorkommens der Tuberkulose im frühesten Kindesalter, bezüglich deren festgestellt ist, dass gerade die 3 ersten Lebensjahre das Hauptkontingent zu den Erkrankungen des Kindesalters an Tuberkulose stellen. F. glaubt sogar, dass die dabei gewonnenen Zahlen noch zu niedrig gegriffen seien, da sich hinter einer Reihe klinischer Diagnosen, wie Atrophie, Bronchitis, Darmkatarrh, Konvulsionen etc. Krankheitsbilder verbergen, welche sich anatomisch als zur Tuberkulose gehörig erweisen. Eine exakte Diagnosestellung auf Tuberkulose im Kindesalter sei eben sehr schwer und oft unmöglich, denn die Krankheitsbilder, unter denen sich die Tuberkulose im Kindesalter äußere, zeichnen sich vielfach durch die Unbestimmtheit ihrer Symptome aus, derart, dass objektiv der Nachweis der Erkrankung eines oder mehrerer Organe nicht erbracht werden kann und sie betreffen weiter häufig Kinder, die sich bis zum Auftreten der betreffenden Krankheit durch eine vortreffliche Gesundheit auszuzeichnen schienen, bei denen also die Tuberkulose während längerer Zeit latent verlaufen ist. Es werden zur Illustration des Gesagten Fälle angeführt, die bald als einfache Bronchitis resp. Bronchopneumonie nur mit auffallend hohem Fieber einsetzten, um nach mehrtägigem oder mehrwöchentlichem Bestehen in scheinbare Genesung überzugehen, bis nach längerer oder kürzerer Zeit unter erneuten bronchitischen Erscheinungen und unter Hinzugesellen von Konvulsionen, denen bald Reize resp. Lähmungssymptome im Bereich einzelner Hirnnerven die Diagnose auf eine tuberkulöse Meningeal- resp. Cerebralaffektion als wahrscheinlich hingestellt werden konnte.

In anderen Fällen sind es Erkrankungen des Darmtractes, bald mit Diarrhoe, bald mit Verstopfung einhergehend, welche bei bis dahin gleichfalls scheinbar gesunden Kindern auftretend, ja sogar vorübergehend zur Besserung führend, durch lange Zeit die Diagnose im Unklaren lassen, bis später das Auftreten von peritonitischen Erscheinungen oder Abscedirungen in den Bauchdecken in unmittelbarster Nähe des Nabels und Entleerung von Darminhalt nach Eröffnung des Abscesses allmählich die Diagnose auf das Bestehen einer tuberkulösen Erkrankung des Darmkanals zur Sicherheit erheben. Verlaufen solche, insbesondere mit Diarrhoe verbundene Fälle mehr akut, von höherem, sich durch Wochen hinziehenden Fieber begleitet, so geben sie nicht selten zu Verwechslungen mit Abdominaltyphus Anlass und unter Umständen deckt erst die Sektion den wahren Sachverhalt auf.

Endlich beobachtet man nicht ganz selten, dass scheinbar gesunde Kinder ganz akut hoch fieberhaft erkranken, dass Konvulsionen die Scene einleiten (einen solchen Fall sah F. erst jüngst klinisch und anatomisch) und sich im Verlauf des nur kurze Zeit dauernden Krankenlagers wiederholen, um innerhalb weniger Tage mit dem Tode der kleinen Pat. zu enden. Die Sektion ergiebt als Befund weit verbreitete Eruption miliarer Tuberkel. F. betont, dass mit dieser Schilderung die Mannigfaltigkeit der zu beobachtenden Symptomenkomplexe keineswegs erschöpft sei und dass man bisweilen auch bei Kindern Krankheitsprocesse sehe, welche den bei erwachsenen Tuberkulösen vorkommenden mehr gleichen; aber gerade auf jene so abweichend verlaufenden Krankheitsbilder wollte F. die Aufmerksamkeit lenken.

Diese Eigenthümlichkeiten in Auftreten und Verlauf der Tuberkulose erklären sich nun eben durch die Besonderheiten in der Lokalisation des tuberkulösen Giftes im kindlichen Organismus und es ist eins der vielen Verdienste Weigert's, gerade diese Verhältnisse klargestellt zu haben. Wenn man von der im Kindesalter so außerordentlich häufigen Lokalisation der Tuberkulose am Knochenapparat, worauf F. heute nicht eingehen will, absieht, dann ist es besonders ein System im kindlichen Organismus, innerhalb dessen sich das tuberkulöse Gift mit Vorliebe ablagert, nämlich das Lymphdrüsensystem und hier sind es wiederum ganz besonders die innerhalb des Thorax befindlichen Lymphdrüsen im vorderen und hinteren Mediastinum, so wie im

Hilus der Lungen, welche enorm häufig tuberkulös erkrankt angetroffen werden, während selbst bei diffuser Verkäsung der Drüsen die Lungen und speciell deren Spitzen noch völlig frei sind. Solche dem Stadium der klinischen Latenz der Tuberkulose entsprechende Befunde erklären gleichzeitig die physikalische Unmöglichkeit, derartige Veränderungen bei Lebzeiten der Kinder nachweisen zu können. Erst wenn der durch die Lymphdrüsenkapsel gebildete Wall durchbrochen und die Gelegenheit zu einem Übergreifen der Erkrankung auf die Nachbarschaft gegeben ist, machen sich klinisch Erscheinungen bemerkbar, welche variiren je nach der Verschiedenheit der Örtlichkeit, welche von dem tuberkulösen Process in Mitleidenschaft gezogen wird. Relativ am harmlosesten ist ein direkter Durchbruch in das Lungenparenchym (meist im Unterlappen), wobei es klinisch zu Erscheinungen kommen kann, welche die Annahme einer bestehenden Bronchopneumonie nahe legen; verhängnisvoller ist das gar nicht selten zu konstatirende Hineinwachsen einer derartig verkästen Lymphdrüse in das Lumen eines größeren Bronchialastes, eventuell des Hauptbronchus, wodurch die Gelegenheit zur Überschwemmung größerer Lungenabschnitte mit tuberkulösem Material gegeben ist. Bei Weitem am schlimmsten aber ist das Hineinwuchern solcher erkrankter Drüsen in benachbarte Venenstämme, wodurch ja ähnlich, wie auf experimentellem Wege, ein massenhafter Import von tuberkulösen Substanzen in die Blutbahn bewirkt wird. Wo nun die tuberkulösen Massen deponirt werden, können sie sich — und darin liegt eine weitere Gefahr — selbständig weiter entwickeln und so in Lungen, Gehirn, Bauchorganen etc. zum Auftreten tuberkulöser Processe Anlass geben.

Seltener als die mediastinalen, erkranken die im Bauchraum gelegenen mesenterialen und retroperitonealen Lymphdrüsen; auch hier findet man, analog dem Befallenwerden der Hilusdrüsen bei Freibleiben der Lungen, den Darmtract häufig ganz frei von tuberkulösen Veränderungen bei selbst ausgedehnter Verkäsung einzelner oder vieler der genannten Drüsen oder die Verkäsung der letzteren steht in einem auffallenden Missverhältnis zur Geringgradigkeit der tuberkulösen Herde im Darm. Von den Drüsen aus kann nun bei Durchbruch in das Peritoneum eine zunächst lokale Infektion des letzteren und weiterhin nach Verschleppung des tuberkulösen Materials durch die in Peristaltik begriffenen Darmschlingen eine universelle Peritonealtuberkulose entstehen. Es liegt auf der Hand, dass auch hier erst mit dem Übergreifen der Erkrankung auf das Bauchfell die ersten Krankheitssymptome in die Erscheinung treten werden, während bis zu diesem Moment wir auch hier ein sich der Erkenntnis entziehendes Stadium der Latenz zu verzeichnen haben.

Die Möglichkeit einer Ausheilung der genannten Lymphdrüsenerkrankung ist ja natürlich nicht ausgeschlossen, aber doch nur selten vorkommend und wenn auch lokal der Process durch Verkalkung der Drüsen oder sonst irgend wie zum Stillstand und zur Rückbildung gelangt, so kann sich, wie bereits erwähnt, das tuberkulöse Material an allen jenen Orten, nach welchen es auf die eine oder andere erörterte Weise verschleppt worden ist, weiter entwickeln und dadurch den Organismus aufs äußerste gefährden.

Als Beweis für die lange Latenz der Tuberkulose im Kindesalter möchte F. den Umstand anführen, dass sämmtliche heut vorgelegte Präparate (mit Ausnahme eines einzigen) Zufälligkeitsbefunde darstellen, erhoben bei Kindern, die meist in trefflichem Ernährungszustande an Rachendiphtherie zu Grunde gegangen waren; auf die Häufigkeit dieses Zusammentreffens macht F. noch besonders aufmerksam.

Die Frage, worauf diese Verschiedenheit der Lokalisation des tuberkulösen Giftes bei Erwachsenen und Kindern beruhe, lässt sich mit Sicherheit nicht beantworten; indess man wird wohl mit der Annahme nicht fehl gehen, dass besondere, dem kindlichen Organismus zukommende anatomische Einrichtungen im Bau (Weite) der Lymphbahnen, dem tuberkulösen Gift gestatten, Lungen oder Darmkanal zu passiren und zu einer Retention und Weiterentwicklung desselben erst in den Drüsen, welche von jenen Organen aus ihren Zufluss erhalten, Anlass ··ben.

Dass es aber gerade jene bestimmten Drüsengruppen sind, in welchen das tuberkulöse Virus mit Vorliebe deponirt zu werden pflegt, glaubt F. darauf zurückführen zu müssen, dass gerade das Kindesalter eine Reihe ihm eigener Krankheiten aufweist, welche mit Anschwellung der Lymphdrüsen im Bereich des Halses und Brustraumes verbunden sind und so gewissermaßen in jenen Drüsen einen geeigneten Nährboden für die Entwicklung des in ihnen abgelagerten Giftes schaffen. F. nennt in dieser Beziehung außer Scharlach und Diphtherie namentlich Masern und Keuchhusten, bei welch letzteren ja im Anschluss an die sich innerhalb der Lungen und Bronchien abspielenden Entzündungsprocesse die im Thoraxraum belegenen Lymphdrüsen sekundär erkranken. Die Häufigkeit der erwähnten Befunde von tuberkulöser Erkrankung der im Brustraum belegenen Lymphdrüsen beweist gleichzeitig, dass es sich ähnlich wie beim Erwachsenen in den meisten Fällen von Tuberkulose auch bei Kindern um eine Inhalationstuberkulose handelt, während andererseits die freilich selteneren käsigen, theils mit, theils ohne Tuberkulose des Darmtractes auftretenden Erkrankungen der Bauchlymphdrüsen einer Infektion per os das Wort reden. Diese letzteren Betrachtungen dürften denn auch geeignet sein, die Mittel und Wege anzuzeigen, innerhalb deren sich die Prophylaxe der Tuberkulose des Kindesalters zu bewegen hat. F. macht in dieser Beziehung auf die sorgfältigste Behandlung der namentlich im Gefolge der genannten Infektionskrankheiten auftretenden Katarrhe der oberen Luftwege, so wie auf eine gewissenhafte Überwachung der Ernährung (Milch- und Fleischkontrolle) der Kinder aufmerksam.

Diskussion. Herr Michael citirt eine Angabe des Franzosen Simon, wonach Schwellung der Bronchialdrüsen durch eine Dämpfung auf dem Sternum nachgewiesen werden kann. M. konnte dies ebenfalls konstatiren und in einem Falle durch Autopsie bestätigen. Bei Perforation in den Bronchus kommt es nicht immer zu tuberkulöser Infektion, sondern bisweilen zu akuter letaler Bronchopneumonie. M. beobachtete folgenden hierher gehörigen Fall:

Ein 3jähriges Kind erkrankte mit chronischem Fieber, Dämpfung auf und links neben dem Sternum und akuter Abmagerung. Sonst keine physikalischen Symptome. Plötzlich entstand rechtsseitige Pneumonie, die in wenigen Tagen zum Tode führte. Die Sektion ergab die (vermuthete) Bronchialtuberkulose und eine Perforation in den rechten Bronchus. Auf der Bifurkationsstelle ritt eine walnussgroße käsige Drüse; die Pneumonie saß im rechten Oberlappen.

Nach Simon ist die Prognose dieser Drüsentuberkulose nicht so ungünstig, wie Herr Fraenkel anzunehmen scheint.

Herr Fraenkel glaubt nicht, dass die Dämpfung auf dem Sternum so leicht nachweisbar sei, da die Hilusdrüsen meist von lufthaltigem Parenchym bedeckt sind. Die Heilbarkeit dieser Art von Tuberkulose hält F. für sehr problematisch, jedenfalls für äußerst selten.

Herr Lomer fragt, ob F. schon im Säuglingsalter Tuberkulose beobachtet habe? Ferner, ob nicht auch gutartige, d. h. bacillenlose Drüsenschwellungen vorkämen, die dann vielleicht die Fälle sog. »Heilung« erklären könnten?

Herr Fraenkel citirt Simmond's Angabe, dass unter 125 Kindern im ersten Lebensjahre, die er beobachtete, 21 tuberkulös waren.

Es entspinnt sich dann noch eine kurze Debatte über die Heilbarkeit kindlicher Tuberkulose, an der sich die Herren Fraenkel, Aly, Ratjen und Hansmann (als Gast) betheiligen.

---

### 4) Terrier (Paris). Vierte Serie von 25 Ovariotomien.

(Revue de chirurgie 1886. No. 3.)

Verf. übergiebt mit dieser Arbeit seine vierte Serie von 25 Ovariotomien der Öffentlichkeit. Die größte Zahl der Operirten stand zwischen dem 35. bis 59. Lebensjahr. Von diesen 25 hatten 11 zur Zeit der Operation die Menstruation ver-

loren, in 7 Fällen war dieselbe regelmäßig; in 2 unregelmäßig. In 2 Fällen hingen die Blutungen mit einem Polyp resp. mit einem Myom zusammen. Acht wurden nach der Menopause operirt. Achtzehn Frauen hatten geboren, eine 11mal. Acht Kranke hatten Beschwerden seit 1 Jahr, 9 seit 1½—2 Jahren, 3 seit 3 Jahren, seit 4 Jahren, 2 seit 6 Jahren und 1 seit 7 Jahren. Ascites bestand in 8 Fällen, in 2 Fällen in Folge von Papilloma beider Ovarien, in 1 Fall durch universelle Carcinose. Ödeme der unteren Extremitäten wurden 8mal beobachtet, 3mal mit Phlegmasia alba dolens komplicirt. Ein Prolaps des Uterus war nach der Ovariotomie vollständig geheilt. Albumen im Urin 2mal nachgewiesen.

Siebzehnmal wurde die Punktion ausgeführt, theils einmal, theils mehrere Male, 2mal nur Probepunktionen.

Die Operation wurde wie in den früheren Fällen ausgeführt mit Versenkung des Stiels, wo es irgend möglich war. In drei Fällen, in denen die Cyste im Lig. lat. saß, musste der Stiel doppelt ligirt werden. Drei Operationen blieben unvollendet. Die Dauer der Operation betrug 19mal weniger als eine Stunde, 5mal länger, im Durchschnitt 47—48 Minuten. Adhäsionen wurden 18mal beobachtet, theils mit der Abdominalwand, theils mit dem Epiploon. Siebzehnmal waren es multilokuläre Cysten, nur 2mal Dermoidcysten, 2mal Parovarialcysten, 2mal Papillomata ovarii mit Ascites. Elfmal saß die Cyste links, 7mal rechts, in 5 Fällen war die Neubildung doppelseitig. In zwei unvollendeten Fällen konnte der Sitz der Geschwulst nicht eruirt werden. Die beiden Parovarialcysten waren linksseitig die Dermoidcysten rechtsseitig. Das Gewicht der Tumoren schwankte zwischen 1000 bis 17000 g.

Von diesen 25 Ovariotomirten starben 5 theils in Folge von Peritonitis, theils in Folge zu großen Blutverlustes. **Heilbrun** (Kassel).

### 5) **Terrillon.** Behandlung der Fibrome der Bauchdecken.

(Bullet. génér. de thérapeutique 1886. Hft. 6.)

Im Anschlusse an einige im Detail mitgetheilte Krankengeschichten kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Die Entfernung solider Tumoren von der Bauchwand muss vollständig ausgeführt werden. Sollten Adhäsionen mit dem Peritoneum bestehen, so ist es besser, dasselbe zu eröffnen, als Theile der Neubildung zurückzulassen, aus denen Recidive entstehen könnten. Die Verletzung des Peritoneums ist unter antiseptischen Kautelen nicht zu fürchten. Nach Eröffnung des Peritoneum kann man ein Stück desselben reseciren. Nach der Heilung müssen die Pat. eine Leibbinde tragen, womöglich mit einer Pelotte, um einem Bruch vorzubeugen.

**Heilbrun** (Kassel).

### 6) **K. Herxheimer** (Frankfurt a/M.). Echter hämorrhagischer Infarkt im Gebiete der weiblichen Beckenorgane.

(Virchow's Archiv Bd. CIV.)

H. beschreibt uns in einem genauen Protokoll eine von C. Weigert am 13. Mai v. J. vorgenommene Sektion einer 52 Jahre alten weiblichen Person. Als Todesursache fand sich eine Peritonitis, welche von einer Gangrän des Douglasschen Raumes ausgegangen war; daneben bestand ebenfalls Gangrän des unteren Theiles des Mastdarmes, der Scheide, der Portio vaginalis, der Blase und des Perineums, zugleich auch eine hämorrhagische Infiltration der gangränösen Partien. In seiner Epikrise konnte H. die Frage, woher diese Gangrän mit Hämorrhagie an so ungewöhnlicher Stelle stammte, durch folgenden ausgeprägten, weiteren Befund beantworten. Beide Arteriae hypogastricae waren embolisch verstopft und zwar war die rechte durch einen reitenden Embolus an ihrem Ursprung, von der linken die Art. uterina, vaginalis, haemorrhoidalis externa, media, perinea vollkommen verschlossen. Da nun die Art. hypogastrica weder den wirklichen Endarterien Cohnheim's, noch den von Litten genannten funktionellen Endarterien beizurechnen ist, so konnte die Nekrose resp. die Gangrän nur durch gleichzeitigen Verschluss des Gefäßgebietes beider Art. hypogastricae statthaben. Dass nicht

das Gesammtgebiet der Art. hypogastrica dem Gewebstode verfallen war, erklärte sich daraus, dass die nicht verschlossenen Gefäße der Nachbarschaft, die Art. spermatica interna, haemorrhoidalis interna, vesicalis sinistra in einigen Theilen, so des größten Theiles des Uterus und der Blase, des oberen Theiles des Rectums die Ernährung übernehmen konnten. Als Ursache der ausgedehnten Embolie mit folgender Infarcirung und Gangrän erwies sich im Herzen parietale Thrombose im linken Ventrikel, als Grundleiden eine chronisch-hämorrhagische Nephritis nebst ihren Folgeerscheinungen. **Heilbrun** (Kassel).

### 7) **A. Svensson** (Stockholm). Inversio uteri nach der Geburt.

(Upsala Läkarefören. Forhandl. Bd. XXI. Hft. 2.)

Die 24jährige Primipara gebar in einem Walde ohne Hilfe ein lebendes Kind, das am Tage nachher starb. Zur selben Zeit wurde die Nachgeburt durch eine Hebamme entfernt. Sie litt später an Blutungen, bis sie nach 3 Monaten ins Hospital transferirt wurde, wo sie in einem äußerst anämischen und elenden Zustande ankam. Es wurde eine komplete Inversio uteri konstatirt. Alle Versuche manueller Reposition misslangen, eben so tägliche Einlegung von Kolpeurynter. Bei fortdauernder Blutung wurde die Exstirpation des Uterus beschlossen. Dieselbe wurde durch Ekraseur ausgeführt. Trotz gleichzeitiger desinficirender Ausspülungen wurde der Ausfluss übelriechend, am 2. Tage zerbrach die Kette, ein starker Seidenfaden wurde durch den Stiel gelegt und dieser durchgeschnitten. Die exstirpirte Masse enthielt beide Ovarien und den größten Theil der Lig. lata. Der Verlauf war sehr drohend mit hohem Fieber und Collaps, nach 3 Monaten wurde sie aber geheilt mit einer transversalen breiten Narbe im Boden der Vagina entlassen. **Ingerslev** (Kopenhagen).

### 8) **W. Netzel** (Stockholm). Gravidität in einer unvollständig kanalisirten Uterushöhle.

(Howitz, Gynäkol. og obstetr. Meddel. Bd. VI. Hft. 1—2.)

23jährige Frau, vor dem 15. Jahre menstruirt. Februar 1884 verheirathet; letzte Menstruation Juni; im August wurde 2monatliche Schwangerschaft diagnosticirt, gleichzeitig eine gänseeigroße Vaginalcyste gefunden. Im December ein honiggelber fötider Vaginalausfluss; der Arzt bemerkte, dass die Cyste nicht mehr vorhanden war. Anfangs Januar ging eine handgroße, blutrothe übelriechende Masse ab; ohne Wehen, ohne Blutung sonst. Mitte Februar hörten die Kindesbewegungen auf, und der allgemeine Zustand verschlimmerte sich. Durch die ausbleibende Geburt beunruhigt, kam sie zum Verf., 10. Juni 1885. Es fand sich ein mannskopfgroßer ovaler Tumor im Unterleibe mit scharfer Begrenzung, die Vaginalportion nach links verschoben, der Tumor dicht an derselben liegend, das Corpus uteri fühlte sich links, die Sonde 7 cm eingeführt. Laparotomie 15. Juli. Der Tumor ließ sich herauswälzen, kein Stiel war aber vorhanden, ein solcher ließ sich jedoch durch Umschlingen der Basis mit elastischer Schlinge herstellen; der Tumor erwies sich als die rechte Uterushälfte, nach Einschnitt wurde ein stark macerirter, nicht fötider Fötus nebst dunkler Flüssigkeit entleert; 3—4 cm oberhalb der Ligatur wurde abgeschnitten, die innere dunkelfarbige Schicht des Stieles wegdissicirt und derselbe von der Tiefe etagenweise genäht; die Ligatur zurückgelassen. Es bildete sich nachher ein großer Abscess im Becken, der durch die Bauchnarbe entleert wurde. Am 8. September erst wurde die Ligatur durch die Fistel in der Bauchwand entleert, nachdem vorher mehrere Seitenligaturen abgegangen waren. Bald nachher war die Genesung vollständig. Es war dann Schwangerschaft in der rechten Hälfte eines Uterus bicornis vorhanden, dieselbe war aller Wahrscheinlichkeit nach geschlossen; das rechte Ovarium enthielt kein Corpus luteum, wahrscheinlich hier also eine Transmigration sowohl der Spermatozoen als des Eies von der linken offenen Uterushälfte. Bemerkenswerth war die Abwesenheit einer Geburtsarbeit, Uteruskontraktionen schienen nicht vorhanden gewesen zu sein; in den Berichten über ähnliche Fälle findet man, dass die Kontraktionen über-

haupt schwach gewesen sind. Die Diagnose ließ sich hier mit gewisser Sicherheit stellen; intra-uterine Schwangerschaft konnte ausgeschlossen werden, wie ja überhaupt die Fälle von »Missed labour« selten und zweifelhaft sind. Der Fall erinnerte an den Salin'schen (früher hier referirt). Mit Sicherheit ließ sich die wichtige Frage, ob eine feine Kommunikation zwischen dem Tumor und dem Cervix stattfand, nicht bei der Operation entscheiden, eine normale Verbindung war sicher nicht da, die Retention überhaupt sprach dagegen; die Möglichkeit aber eines äußerst feinen Ganges ließ sich nicht ausschließen. Bis lange hat man ja angenommen, dass die Berstung des Sackes mit intraperitonealer Blutung und Tod hier der gewöhnliche Ausgang wäre. Erst die Erfahrungen der Laparotomien der letzten 5—6 Jahre haben die Retention des Fötus als ein nicht so gar seltenes Ereignis dargestellt. Die Fälle häufen sich, die letzten 4 Fälle sind in 8 Monaten referirt worden. Unter den operirten Fällen ist der von Köberlé (1865) der erste. Von den letzten Jahren nennt Verf. folgende: die von Werth, Salin, Sänger, Wiener, Macdonald, Galle und Keith. **Ingerslev** (Kopenhagen).

### 9) **W. Netzel** (Stokholm). Sublimatintoxikation im Wochenbett.

(Nord. med. Arkiv Bd. XVII. Hft. 2.)

Nach der spontanen Geburt einer Primipara wurde in den ersten 7 Tagen des Puerperiums 2mal täglich vaginale Ausspülungen mit Sublimat, 1 : 3000, gemacht. Am 7. Tage wurde sie fiebernd; es wurden dann 2 intra-uterine Sublimatinjektionen, 1 : 1500, gemacht. Nach der ersten wurden geringe Schmerzen im Unterleibe gespürt mit minimaler Blutung. In der Nacht nach den intra-uterinen Injektionen traten Intoxikationssymptome auf: Blutige Diarrhoe, für zwei Tage dauernd, danach Erbrechen, Kopfweh, Somnolenz und Stomatitis. Die Urinsekretion wurde gleichzeitig vermindert (2—500 ccm in 24 Stunden), der Harn zeigte Quecksilberreaktion, enthielt Albumen und zahlreiche Epithelzellen, Granulationszellen, körnige Cylinder. Unter zunehmender Prostration mit fortwährendem klaren Sensorium starb die Pat. 22 Tage nach der Geburt, 14 Tage nach den intra-uterinen Injektionen. In den letzten Tagen geringe Blutung aus der Nase und dem Munde.

Bei der Sektion fand sich die Schleimhaut in dem kontrahirten Ösophagus injicirt, von der Epithellage entblößt, welche Veränderungen an der Cardia aufhörten. Ventrikel und Dünndarm waren gesund. Im Colon ascendens und transversum zahlreiche Ulcerationen in verschiedener Entwicklung, einzelne Ulcerationen im Colon descendens, sie hörten aber in der Flexura sigmoidea und im Rectum auf. Die Nieren boten das Bild der akuten parenchymatösen Nephritis dar und es fanden sich die charakteristischen Kalkabsetzungen in den gewundenen und gleichen Harnkanälen. Im Uterus war an der Placentarstelle ein fibrinöser grauer Belag abgelagert, aber keineswegs sonst an der Genitalschleimhaut Ulcerationen oder diphtheritische Membranen. Keine purulente Thromben.

Mit 7 schon bekannten Todesfällen durch Sublimatvergiftung und der diesbezüglichen Diskussion vor Augen, hebt Verf. die große Gefahr der Sublimatbehandlung hervor und betont, dass man das Verhältnis 1 : 3—5000 zur intra-uterinen Anwendung und 1 : 1000—1500 zur äußeren Anwendung nicht überschreiten darf. Diese Medikation darf nie in die Hände der Hebammen gegeben werden und die Injektion muss nach den von Fritsch und A. gegebenen Vorschriften gemacht werden, aber Verf. glaubt dennoch, dass die bisher vorliegenden Todesfälle uns nicht nothwendig dazu zwingen, ein Medikament aufzugeben, dessen großen Nutzen die Erfahrung schon hinlänglich bestätigt hat. Daher ist volle Kenntnis der letalen Fälle immer wünschenswerth. **Ingerslev** (Kopenhagen).

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

**Zehnter Jahrgang.**

**Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.**

**No. 28. Sonnabend, den 10. Juli. 1886.**




## Verhandlungen der ersten Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in München, 17.—19. Juni 1886.

2. Sitzung, Donnerstag, 17. Juni Nachmittags 2 Uhr.

Vorsitzender: Herr Winckel (München), Schriftführer: Herr Küstner (Jena).

**Zweifel** (Erlangen). Demonstration einiger Präparate.

Vortr. demonstrirt a) seine Beinhalter;

b) einen Apparat zur Filtration bakterienhaltiger Flüssigkeiten.

Vortr. bemerkt hierzu: Wenn schwangere Frauen von Infektionskrankheiten befallen werden, so ist es bekannt, dass auch die Frucht der Ansteckung nicht entgeht. Es existirt zwar zwischen den einzelnen Krankheiten ein gewaltiger Unterschied. Während die Variola das Kind fast nie verschont, können die Früchte bei mancher anderen Krankheit der Ansteckung entgehen.

Es ist vom Typhus nichts bekannt, was allerdings an anderen Verhältnissen liegen kann; aber auch von Masern, Scharlach, so ansteckungsfähig dieselben im Übrigen sind, haben wir keine Beispiele der Übertragung. Es eignen sich freilich sämmtliche letztgenannten Krankheiten nicht zum Vergleich mit Variola, weil sie zunächst Kinderkrankheiten sind und eine einmalige Durchseuchung fast sicher immun macht, zweitens aber, weil die Fötus recht gut intra-uterin die ganze Krankheit durchmachen, dabei aber weiter wachsen und ohne eine Spur der überstandenen Krankheit geboren werden könnten.

Dagegen besteht eine Krankheit, welche die besondere Stellung der Variola kennzeichnet: der Milzbrand. Hier impfte schon Davaine Mutterthiere, ohne dass die Jungen von der Ansteckung befallen wurden. Gleiche Resultate veröffentlichte Bollinger.

Noch vor einigen Jahren schien das mit den experimentellen Erfahrungen vom Übergang fester, flüssiger und gasförmiger Körper vom mütterlichen auf den kindlichen Organismus gut übereinzustimmen. Flüssige und gasförmige wurden beim Fötus sicher nachgewiesen, bei festen gelang es nicht. Das hat sich in den letzten

Jahren in jeder Beziehung geändert, feste Stoffe, aber auch Recurrensspirillen und sogar Milzbrandbacillen sind in den Jungen der inficirten Mutterthiere aufgefunden worden.

Jedenfalls bleibt aber auch heute noch der Unterschied aufrecht, dass das Pockenkontagium sich außerordentlich rasch, die anderen Infektionsstoffe sich langsamer auf die Jungen fortpflanzen.

Vor 3 Jahren, als ich noch unter dem Eindruck der damals bekannten experimentellen Arbeiten stand, legte ich mir die Verschiedenheit so zurecht, dass das Pockengift ein lösliches, die anderen Krankheitsgifte aber an Zellen gebunden seien. Um den Versuch darauf zu machen, filtrirte ich in Nachahmung der von F. W. Zahn eingeführten Thonzellenfiltration Lymphe durch porösen Thon und impfte mit dem Filtrat. Der Erfolg war positiv, die geimpften Neugeborenen bekamen schöne Impfpusteln.

Von der Fortsetzung der Versuche wurde ich durch einen Kritiker abgeschreckt, der nach einem bestimmten Citat behauptete, dass die Spaltpilze den porösen Thon ebenfalls durchwandern könnten. Für die theoretische Forschung hatte demnach die Fortsetzung der Versuche keinen Zweck mehr.

Im letzten Jahr kamen mir jedoch 3 Abhandlungen zur Kenntnis, die den Thonzellen ganz bestimmt die Eigenschaft zusprechen, die organisirten Keime zurückzuhalten. Es waren dies die Publikationen von Chamberland[1], der Wasser auf diese Weise filtrirte und bakterienrein machte, und 2 Experimentalarbeiten von Leube und Sattler. Beide konnten durch Filtration reine sterilisirte und unzersetzt bleibende Lösungen herstellen.

Durch diese Erfahrungen gewannen meine früheren Versuche wieder Interesse. Wenn auch mit solchen Versuchen die Frage nach der Natur des Pockengiftes schwerlich entschieden werden kann, gewinnt die Methode doch praktischen Werth, als von ihr zu erwarten steht, dass man die Impflymphe in einfacher Weise von anderen Infektionsträgern reinigen und damit den Anfechtungen der Impfgegner auch den letzten Schein von Berechtigung für ihren Kampf entziehen kann. Weitere Untersuchungen sollen baldmöglichst folgen.

c) Zeigt sondenförmig gebogene Röhren, mittels deren er medikamentöse Stoffe in den Uterus einführt; ein in die Röhre eingeführtes Bürstchen befördert das Medikament in den Uterus.

Diskussion: ad b) Krukenberg berichtet über Versuche vom Übergange fester Stoffe (schwefelsauren Baryts) auf den Fötus. Ein Resultat kann noch nicht gegeben werden.

Küstner ad c) bringt einfach Gummischläuche um Injektionskatheter an und befördert durch Druck auf den Schlauch das Medikament in den Uterus.

Zweifel betont, dass der Übergang fester Stoffe konstatirt sei, z. B. der Recurrensspirillen.

Krukenberg weist auf die weißen Blutkörper hin, die die festen Partikel aufnehmen und überführen könnten. Den Übergang von Mikroorganismen leugnet er nicht.

## Frommel (München). Beitrag zur Histologie der Eileiter.

Im Hinweis auf die kürzlich von Martin gegebenen Befunde bemerkt Vortr., dass Hennig das Tubenepithel als mehrschichtig, Hensen als einschichtig bezeichnet. Letzteres ist richtig, nur stehen die Kerne nicht in einer Reihe. Die Zellen zeigen merkwürdige Formen und ihre Kerne stehen an verschiedenen Stellen. An Präparaten einer Katzentube fand er ein stäbchenförmiges Gebilde, nach Maceration in 33%igem Alkohol zeigte sich dasselbe aus komprimirten Kernen, Zellen ohne Protoplasma bestehend. Derselbe Befund bei Hunden, Schafen und Affen. Dem Epithel der Tube kommt wahrscheinlich eine sekretorische Eigenschaft zu;

[1] Chamberland, Sur un filtre donnant de l'eau par Comptes rendus T. XC. p. 247. Ref. Virchow-Hirsch, Jahrb. pro 1884. Bd. I. p. 496.

zur Zeit des Eidurchtritts wird Protoplasma in die Tube entleert. Die Schleimhaut der Tube ist in Längsfalten gelegt und stellt das Bild zottiger Wucherungen dar. Bei Affen und Fledermäusen findet man Bilder, ähnlich denen bei frühen menschlichen Embryonen. Man findet bei ihnen 4 Hauptfalten, die auf dem Querschnitt eine Sternfigur geben. Der 4monatliche menschliche Embryo hat noch keine Tubenmuskulatur. Neben den Hauptfalten erheben sich später kleinere Falten. In der Schwangerschaft nehmen die Falten an Größe zu, das Lumen der Tube wird dabei eher vergrößert, als verlegt wegen gleichzeitigen Wachsthums der Wand. Drüsen hat Vortr. nicht gefunden. Die Gefäße verlaufen im Längsdurchmesser, sind besonders in der Tubenwand stark entwickelt, zeigen aber auch in den Zotten reiche Verzweigungen. Bei Wöchnerinnen war der Reichthum an Gefäßen nicht nur in den Zotten, sondern auch in der Tubenwand auffallend.

Eine Reihe Zeichnungen illustriren den Vortrag.

Diskussion findet nicht statt.

**Bumm** (Würzburg). Die Ätiologie des puerperalen Blasenkatarrhs nach Beobachtungen an Wöchnerinnen und Thierversuchen.

B. berichtet über Versuche über die Ätiologie des puerperalen Blasenkatarrhs an 8 Fällen von puerperaler Cystitis. Katheterisation im Wochenbett ruft nicht selten den Katarrh hervor. Urin in diesen Fällen stets sauer. Konstant fand sich in ihm ein Diplococcus, der die größte Ähnlichkeit mit dem Gonococcus hatte. Die Kokken lagen in Häufchen zusammen, die oft in oder um eine Zelle angeordnet sind. Von Gonokokken unterscheiden sie sich durch die Färbung nach Gram — sie wurden dunkelgelb gefärbt — und durch die Reinkultur; sie wuchsen in Gestalt gelber Rasen. Große Ähnlichkeit mit dem Staphylococcus aureus. Dieser Pilz, der nach Doléris regelmäßig in den Lochien sich findet, gelangt mit dem Katheter in die Blase und vermehrt sich dort. Vortr. experimentirte an Hunden und jungen Geißchen und fand, dass bei normaler Blase und ungehinderter Urinentleerung Milliarden von Kokken in die Blase gebracht werden konnten, ohne dass im Urin Kokkenkolonien sich entwickelten; die Blase war nach kurzer Zeit wieder rein. Wenn überhaupt alle durch die Nieren ausgeschiedenen Organismen eine Cystitis verursachen sollten, dann müsste letztere viel häufiger sein. Die Wirkung der Pilze in der Blase hängt, wie er experimentell gefunden habe, davon ab, ob die Schleimhaut derselben intakt ist, oder ob durch direkte oder indirekte Insulte die Blasenschleimhaut in einen anormalen Zustand versetzt war; in letzteren Fällen entwickelte sich heftiger eitriger Katarrh. Hiernach scheint, dass die bei der puerperalen Cystitis gefundenen Diplokokken den heftigen eitrigen Charakter der Entzündung bedingen. Die Urinstauung bei Wöchnerinnen und die in der Geburt nicht selten vorkommenden Quetschungen der Blasenschleimhaut begünstigen die Niederlassung der Kokken. Auch ergab sich, dass den letzteren gleich den Keimen der Wundinfektion nur eine geringe Invasionskraft zukommt, die gar nicht zu vergleichen ist mit der Invasionsenergie der Organismen der kontagiösen Krankheiten, z. B. der Gonorrhoe, des Milzbrandes etc. Während hier die Pilze jedes Mal und unter allen Umständen haften, brauchen jene der Wundinfektion eine ihnen günstige Beschaffenheit des Bodens. Therapeutisch könne man diese Erfahrung in so fern verwenden, als man, abgesehen von der Fernhaltung der Infektionsträger, denselben einen gesunden Boden entgegenstellt.

Diskussion. Olshausen: Die Art des puerperalen Blasenkatarrhs ist nicht immer dieselbe. Manchmal geht derselbe rasch vorüber, in anderen Fällen pflanzt sich der Process rasch nach oben ins Nierenbecken, ja auf die Nieren selbst fort. Dabei ist hohes, oft langdauerndes Fieber. Nach dem Ausheilen des Blasenkatarrhs bleibt die Nierenerkrankung zurück. Nach mehreren Wochen anscheinenden Wohlbefindens kommt es plötzlich wieder zu Schüttelfrost, Schmerzen in der Nierengegend etc. Nach monatelanger Ruhe kann dann wieder ein Anfall kommen. Durch diese monatelangen Pausen ist die Diagnose sehr erschwert. In anderen Fällen ist ein furchtbar schlechter Geruch vorhanden; diese Fälle sind sehr hart-

näckig. Es handelt sich also beim Blasenkatarrh wahrscheinlich um verschiedene Organismen.

Michael (Dresden) fand denselben Mikrococcus, wie Bumm, in allen Fällen von Blasenkatarrh mit verdicktem Ureter. Der Harn reagirte stets sauer.

Hirschberg fragt, ob Olshausen in den Zwischenperioden den Urin klar gefunden habe. (Olshausen bejaht dies für einzelne Fälle.) Das Auftreten und Verschwinden des Blasenkatarrhs könne auch centrale Ursachen haben, wie er in einem Falle hysterischer Paraplegie beobachtet habe.

Olshausen hält die heftigen Erscheinungen nach langen Zwischenräumen nicht für Fälle, in denen der Blasenkatarrh fortbesteht resp. wiedergekehrt ist, sondern nur die Nierenkrankheit exacerbirt.

Hirschberg hält die Unterscheidung zwischen Nierenbecken- und Blasenkatarrh für sehr schwer.

**Krukenberg** (Bonn). Das Verhalten älter Kaiserschnittsnarben bei nachfolgender Schwangerschaft.

Vortr. berichtet kurz über 26 einschlägige Fälle, die er in der Litteratur vorfand und über einen hierher gehörigen Fall aus der Bonner Klinik, in welchem es zur Divertikelbildung des Uterus mit nachträglicher Zerreißung kam.

Eine ausführlichere Abhandlung wird im Archiv für Gynäkologie erscheinen.

**Sänger** (Leipzig). Über Vereinfachung der Technik des Kaiserschnittes.

Die klassische Einfachheit des alten klassischen Kaiserschnittes ist für immer dahin. Mit einem weitläufigeren Verfahren (Antisepsis, Blutabsperrung, Naht der Uteruswunde etc.) haben wir aber die so lange gesuchte Sicherheit des Erfolges gewonnen und gilt es jetzt die verbesserte Operationstechnik möglichst zu vereinfachen. Nur so kann diese Gemeingut der Ärzte, namentlich derer auf dem Lande werden und will es Vortr. unternehmen, unter Zugrundelegung der von ihm ausgebildeten und besonders an den Entbindungsanstalten zu Leipzig, Dresden, Innsbruck erprobten Technik zu zeigen, wie dieselbe den Anforderungen thunlichster Einfachheit gerecht werden könne.

1) Vorbereitungen. Kein besonderes Instrument nöthig, das der Arzt nicht besäße oder besitzen müsste. Desinfektion der Kreißenden (Bauch, Vulva, Vagina) mit Sublimat — der Instrumente mit Karbollösung. Schwämme nicht unbedingt nöthig: zu ersetzen durch große in Sublimat, Karbol oder Chlorwasser getauchte Wattebäusche, durch Servietten von Sublimatgaze, Mull u. dgl. Zur Assistenz genügen 2 Personen. Die Manipulationen der Narkose im Nothfall auch einem Laien anzuvertrauen.

2) Bauchschnitt, in der Linea alba. Entbehrlich: das Anhängen von Gefäßklemmen; die Einlegung provisorischer Nähte. Herauswälzung des nicht eröffneten Uterus wegen Verlängerung des Bauchschnittes und Möglichkeit von Darmprolaps nicht rathsam außer bei todter Frucht.

3) Uterusschnitt, in situ als vorderer mittlerer Medianschnitt mit Vermeidung des unteren Uterinsegments. Die gegen den von Kehrer empfohlenen tiefen Querschnitt geäußerten Bedenken hält Vortr. aufrecht, auch in Hinblick gerade auf eine für den Praktiker geeignete einfache Technik. Bei Placenta praevia caesarea rasche Durchschneidung des Fruchtkuchens oder seitliche Ablösung. (Unter 3 Fällen schlug Vortr. 1mal das erstere, 2mal das letztere Verfahren ein, ohne Schwierigkeiten weder für die Blutstillung noch für die Naht.) Die Entwicklung der Frucht geschieht am leichtesten und schnellsten an den Füßen. Bei etwaiger Verhaltung des Kopfes kurzes Zuwarten, dann Schnittverlängerung nach oben.

4) Eventration des Uterus, Ausbreitung einer Serviette auf die Därme, Einhüllung des Uterus in eine solche. Die elastische Umschnürung des unteren Uterinsegmentes behufs künstlicher Blutleere des Uterus kann in Ermangelung eines Gummischlauches ersetzt werden durch Handkompression oder durch Torsion

des Uterus um seine Längsachse. Manuelle Lösung der Nachgeburt. Prüfung der Durchgängigkeit des Collum. Desinfektion der Uterushöhle (Jodoform). Einlegen eines Schwammes oder von Gazestreifen in dieselbe bis nach Anlegung der tiefen Suturen.

5) Naht. Im Interesse der Einfachheit kann von Unterminirung der Serosae, Umbiegung derselben nach seitlicher Ritzung, Resektion der Muscularis abgesehen werden, wenn nicht starke Zurückziehung der Serosae, breites Vorragen der Muscularis, bogenförmige Beschaffenheit der Schnittwinkel dazu nöthigen, wie irgend eine andere Wunde, welche der Chirurg für die Naht glättet und zurüstet. Vortr. hat diese Vorbereitungen von Anfang an nur für solche, keineswegs für alle Fälle empfohlen und als die Hauptsache stets die enge Doppelnaht der Uteruswunde bezeichnet: tiefe, Serosa und Muscularis, aber nicht die Decidua, breitfassende Nähte, am besten mit weichem Silberdraht (— wird demonstrirt —), 8—10 an Zahl; oberflächliche sero-seröse Nähte mit doppelter Durchstechung jedes Wundrandes mittels feiner Seide, 16—30, je nachdem. In Ermangelung von Silberdraht kann zur tiefen Naht stärkere aseptische Seide genommen werden. (Vortr. bediente sich, mit Ausnahme seines ersten atypisch operirten Falles, hierzu stets des Silbers, hat dessen Überlegenheit gerade in seinen letzten Publikationen immer hervorgehoben und kann nicht verstehen, wieso Schauta diese Erkenntnis für sich in Anspruch nehmen will. Dass aber Silber das einzige Nahtmaterial für die tiefe Naht sein und bleiben werde, kann Vortr. Schauta nicht zugeben: noch manches Nahtmaterial [z. B. Silkworm, Kocher'sches Katgut] ist noch gar nicht geprüft worden; auch wissen wir nicht, was die Zukunft uns hier Neues bringen werde.)

6) Waschung des Uterus (Sublimat 0,5‰). Jodoformirung der Nahtlinie, Versenkung in die Bauchhöhle, doch nicht eher, als bis jede Blutung aus der Nahtlinie oder aus Stichkanälen durch Nachlegen von Nähten, Umstechungen mit feiner Seide gestillt ist. Toilette der Bauchhöhle nur bei besonderer Indikation. Keinerlei Drainage. Bauchwunde durch Seidenknopfnähte geschlossen. Jodoformirung. Dünner Heftpflasterverband, welcher Überwachung des Uterus gestattet. Sofort Eisblase auf den Leib und mehrere Ergotininjektionen.

7) Nachbehandlung so inaktiv wie möglich.

Soll die Antisepsis eine ausreichende, die Operationstechnik eine sichere sein, so sind wohl nicht mehr viel Koncessionen an weitere Vereinfachungen denkbar. Im Sinne der zu stellenden Anforderungen ist der Improvisation des Einzelnen ein breiter Spielraum gelassen. Wenn aber als das Schwierigste des Verfahrens die Uterusnaht gilt, so mag betont werden, dass die Technik der Darmnaht, welche jeder Arzt kennen muss, eine noch schwierigere ist: es ist von diesem eben zu verlangen, dass er auch eine rationelle Uterusnaht, das Hauptstück des Erfolges eines Kaiserschnittes, vorzunehmen lerne.

Zum Schluss giebt Vortr. noch einige statistische Notizen. Seit der letzten Publikation von Credé (Archiv für Gynäkologie Bd. XXVIII. Hft. 1) sind Vortr. noch 4 weitere Fälle seiner Operationsmethode bekannt geworden, je 1 von Prochownik, Schauta, Breisky und Leopold. Die Gesammtzahl beträgt nunmehr 30, mit Heilung der Mütter in 21 Fällen = 73,3%, Tod in 8 Fällen = 26,7%. Lebend geboren wurden 27 Kinder = 90%. Allen voran steht Leopold mit 11 Fällen, 10 geheilten Müttern und 11 lebenden Kindern.

Die 3 Kliniken von Leipzig, Dresden und Innsbruck, in welchen mehr als 1 Fall operirt wurde, haben zusammen 19 Fälle mit 18 geheilten Müttern = 94,7% und 19 lebenden Kindern = 100%. Orig.-Ref.

Diskussion. Schauta: Trifft man die Placenta vorn an, so ist es nicht ganz gleichgültig, ob man direkt durch die Placenta durchgeht, oder sie loslöst. Er hält das direkte Durchgehen mit der Hand für besser, weil man beim seitlichen Loslösen mehr Gefäße eröffnet und der seitlich losgelöste Lappen sich in die Wunde drängt. Man dringe mit der Hand, nicht mit dem Messer durch; man fühlt dann gleich die Nabelschnur, die möglicherweise bei Durchtrennung mit dem Messer zu einem großen Blutverlust des Kindes führen könne. Die Extraktion des Kindes werde an dem Theile gemacht, der der Wunde am nächsten liegt, bei Schädel-

lage an den Füßen, bei Fußlage am Kopfe. Den Gummischlauch will er wegen des Blutverlustes bei der langen Nahtdauer nicht entbehren. Sänger habe sich nun selbst für den Silberdraht ausgesprochen. Derselbe halte die Wunde besser zusammen, als Seide, wie er experimentell erprobt habe. Die mit Seide genähten Fälle ergaben viel mehr Todesfälle (7 Todesfälle von 10), als die mit Silberdraht behandelten.

Freund jun. (Straßburg) erzählt einen Fall von Kaiserschnitt, in dem trotz tiefer Uterusnaht wegen enormer Blutung der Schlauch wieder angelegt und die Porro'sche Operation gemacht werden musste. Abnahme des Schlauches, Versenkung des Stumpfes, Tod an Peritonitis. Der exstirpirte Uterus war enorm dünn und nur 14 cm lang.

Kaltenbach spricht für den verbesserten klassischen Kaiserschnitt. Die sero-seröse Naht sei schon vor der Modificirung des alten Kaiserschnittes bei Laparotomien geübt worden. Sänger's Verdienst sei, den alten Kaiserschnitt, gegenüber der Porro-Operation, wieder rehabilitirt und die Indikationen zur Operation anlässlich der besseren Resultate erweitert zu haben. Von der Sänger'schen Methode sei nichts übrig geblieben, als die sero-seröse Uterusnaht. Auch mit gut desinficirter Seide lassen sich sehr gute Resultate erzielen.

Fehling ist gleichfalls für den verbesserten klassischen Kaiserschnitt. Will den Uterus vor Eröffnung aus der Bauchwunde herauswälzen, da Länge des Schnittes, Vorfall der Därme nicht viel zu sagen haben. Man könne dann den Schlauch vor der Eröffnung anlegen, was besonders auch mit Rücksicht auf die Bedürfnisse des praktischen Arztes wichtig sei. Auch er würde das Kind an dem Theile extrahiren, der in die Wunde gedrängt wird. Hält Seide für das Nahtmaterial der Zukunft; das Nähen mit Silberdraht müsse erst erlernt werden, besonders das Knoten. Wenn die Seide nicht in die Uterushöhle hineinragt, dann könne gute Seide keine Gefahr bieten.

Zweifel ist gleichfalls für den verbesserten klassischen Kaiserschnitt, besonders nachdem die Modifikation, die Resektion zu unterlassen, hinzugekommen ist. Die Porro'sche Operation will er nicht mehr anwenden.

Leopold hält es gleichfalls, gerade mit Rücksicht auf die Bedürfnisse des praktischen Arztes, für richtiger, den Uterus herauszuwälzen; der Bauchschnitt brauche nicht zu groß zu sein. Der Schlauch wird mit einer Klemmpincette befestigt, dann, zur Verhütung des Darmvorfalles, provisorische Bauchnähte angelegt. Dem Kinde schadet die Konstriktion nichts. Das Unterminiren der Serosa ist unwesentlich. Reißt beim Extrahiren des Kindes die Wunde, besonders nach unten, noch weiter, dann ist es gut, etwas zu reseciren, also die Wunde zu glätten. Er näht mit starkem Draht und die oberflächlichen Nähte mit sicher haltender Seide. Die Narkose muss ruhig und ganz exakt sein. Um Nachblutungen vorzubeugen, macht er Ergotininjektionen. Atonische Nachblutungen hat er nicht gesehen. Bei Abnahme des Schlauches komprimirt er den Uterus mit der Hand, um eine Wehe anzuregen.

Krukenberg sah ebenfalls, wie Freund, eine starke Nachblutung nach Nähen des Uterus. Die Frau starb. Aus dem Uterus wurde ein faustgroßes Gerinnsel ausgedrückt. Bei der Sektion zeigte sich die Anämie nicht so hochgradig, dass der Tod daraus erklärt werden konnte. Der Tod könne durch Luftembolie und Blutung erfolgt sein. Er glaubt, dass Atonie des Uterus die Anwendung der elastischen Schlinge eventuell gefährlich macht.

Winckel bittet, nicht durch Erzählung einzelner Fälle die Diskussion zu verlängern.

Schauta legt auf die Steifheit des Nahtmaterials das Hauptgewicht und verwirft die Seide nicht aus Furcht vor Infektion, sondern wegen der mechanischen Insulte (zu feste Umschnürung, Anämisirung), die sie auf die Gewebe ausübe; sucht durch ein Citat aus Sänger's Monographie nachzuweisen, dass dieser die Silbernaht nicht so geschätzt habe wie jetzt.

Sänger erwiedert, dass nicht nur aus seinen Publikationen, denen doch auch Schauta sein Beweismaterial entnommen habe, sondern gerade aus seinen Ope-

rationen hervorgehe, dass er persönlich dem Silberdraht für die tiefen Suturen den Vorzug gebe. Schauta möge aber nicht außer Acht lassen, dass auch er daneben die sero-seröse Seidennaht angewandt habe. Silberdraht allein gebe auch schöne Resultate, wie die Fälle von Simon Thomas bewiesen, der 4 von 6 genesen sah. Schauta scheine aber nicht zu wagen, nur mit Silber zu nähen. Sänger sei sehr dankbar für die Zuerkennung von Verdiensten in Förderung des konservativen Kaiserschnittes seitens der Fachgenossen, müsse aber so unbescheiden sein, Herrn Kaltenbach gegenüber zu betonen, dass auch die von ihm angegebene Nahtmethode mit tiefen und oberflächlichen Heften, mit Vermeidung der Decidua, mit doppelter Durchstechung der Serosae, mit sehr zahlreichen Suturen, mittels nicht resorbirbarem Nahtmaterial etc. in dieser Kombination vordem von Niemand angewandt worden sei. Es gebe keine größere Operation, die von Anbeginn fertig dagestanden habe, auch seine Kaiserschnittmethode habe sich allmählich zur jetzigen Technik herausgebildet.

Gegen Krukenberg bemerkt er, dass er in seiner Monographie eine genaue Zusammenstellung von Fällen mit Kaiserschnittnarben nebst Analyse ihrer Entstehung gegeben habe.

Winckel frägt, ob Jemand über das Verhalten von Kaiserschnittnarben und Silbersuturen bei Wiederholung der Operation Angaben machen könne.

Sänger kennt nur den einen Fall von Lungren, welcher die Narbe als gleichmäßig glatt schildert und sagt, die Silbersuturen hätten ausgesehen, als ob sie eben eingelegt worden wären.

Winckel demonstrirt ein Kaninchen, das mit Herzblut einer an Erysipelas extern. et intern. verstorbenen Wöchnerin am Ohr und Rücken erfolgreich geimpft wurde (subkutan). Zeigt auch Präparate der aus dem Blute gezüchteten Erysipelkokken.

---

## 1) W. A. Freund. Das Bindegewebe im weiblichen Becken und seine pathologischen Veränderungen, mit besonderer Berücksichtigung der Parametritis chronica atrophicans und der Echinococcuskrankheit.

(Gynäkologische Klinik Bd. I. p. 203.)

Es ist in einem kurzen Referate unmöglich, auf alle die interessanten Details der vorliegenden, höchst werthvollen Monographie einzugehen und es kann nur kurz auf die wichtigsten Punkte des Originals hingewiesen werden, dessen Lektüre für jeden Fachmann unerlässlich ist. Verf. geht nach einer meisterhaften Beschreibung der normal-anatomischen Verhältnisse des Beckenbindegewebes auf die pathologischen Vorgänge, die in demselben ihren Sitz haben, über. Der Stoff zerfällt in natürlicher Weise in fünf große Gruppen.

I. Zerreißungen und Zerquetschungen des Beckenbindegewebes. Solche kommen außer durch den Geburtsakt durch Einführung von Instrumenten aller Art zu Stande, z. B. durch gewaltsame stumpfe Dilatation eines langen starren Cervix, durch starkes Herabziehen eines solchen bei Narbenfixation und bei alten Frauen, bei Enukleation oder Torquirung großer submuköser Myome. Eine Folge solcher Verletzungen ist Thrombenbildung durch Blutung ins Beckenbindegewebe, wobei Varicositäten, nervöse Stauungen, seltener die menstruelle Kongestion und Blutdissolutionszustände prädisponirend wirken; eben so kann es durch Anstechen von Venen bei Anlegung von Nähten zu Thrombenbildung kommen. Die durch

die Beckenfascien gebildeten Barrieren werden von den Blutergüssen nicht durchbrochen, sondern nur stark vorgewölbt, vorausgesetzt, dass sie nicht durch dasselbe Trauma zerstört worden sind. Ein anderer Folgezustand von Verletzung des Beckenbindegewebes ist

II. die akute Entzündung des Beckenbindegewebes. Die mildere Form der akuten Parametritis — die einfache Phlegmone pelvis — setzt eine Verwundung des Geburtskanals und eine Infektion der gesetzten Wunde voraus. Der primäre Sitz im eigentlichen Parametrium, im Parakolpium oder im peripheren, fetthaltigen Bindegewebe wird durch den Sitz der Verletzung, die Ausbreitung des entzündlichen Processes durch die das Beckenbindegewebe durchziehenden festen Gebilde oder Narben bedingt. Eine Gesetzmäßigkeit, wie sie durch das Experiment gefunden wurde, lässt sich bei der Ausbreitung entzündlicher Processe nicht erkennen. Gewöhnlich bleibt die einfache Phlegmone auf den Bereich des kleinen Beckens beschränkt; zu Überschreitung des kleinen Beckens kann es kommen bei weit über das kleine Becken hinausreichenden Verletzungen, bei schon vorher bestehenden entzündlichen Processen oder Exsudatresten in der Umgebung, bei Tuberkulösen, wo sich an Beckenphlegmone direkt Caries der Beckenknochen anschließen kann, ferner bei zufällig später auftretenden Traumen der entzündeten und in Heilung begriffenen Partie, endlich bei nachträglicher septischer Infektion der infiltrirten Stelle.

Unter den Folgen der Überschreitung des kleinen Beckens durch die Entzündung wird besonders die Phlegmasia alba dolens hervorgehoben; dieselbe wird vom Verf. im Anfangsstadium als Lymphstauung, im weiteren Verlaufe als Venenstauung durch Druckthrombose der Cruralvene aufgefasst.

Als Folgezustände schrumpfender Exsudatreste im kleinen Becken werden Kompression der Ureteren und Fixirung derselben an den Cervix uteri, Verziehung und Fixirung benachbarter Darmpartien, Verlagerung des Uterus durch Fixation des Cervix und deren weitere Folgen, wie Neuralgien, chronisch entzündliche Zustände des Uterus, der Blase und des Mastdarms, Störungen der Blut- und Lymphcirkulation in den Beckenorganen, endlich Verklebungen an den benachbarten Partien des Bauchfells erwähnt.

Die zweite, weit bösartigere Form der akuten Parametritis ist die septische Phlegmone, die sich an »septisch« inficirte Verletzungen anschließt. Sie entsteht durch Eindringen des septischen Giftes in die Venen unter dem klinischen Bilde des pyämischen Puerperalfiebers oder als Erysipelas puerperale malignum internum das Beckenbindegewebe ergreifend und ohne Rücksicht auf die festeren Partien des Beckenbindegewebes nach allen Seiten sich auf alle Gewebe, besonders auf das Peritoneum in rapidester Weise sich fortsetzend.

III. Die Parametritis chronica atrophicans circumscripta et diffusa bildet den Mittelpunkt der vorliegen-

den Monographie. Den Ausgangspunkt dieses Processes, dessen Analogie Verf. in der Granularatrophie und Cirrhose der großen drüsigen Organe findet, bilden die aponeurotischen Verdichtungen des fettlosen Beckenbindegewebes. Die Krankheit ist nicht als Folgezustand der akuten Parametritis zu betrachten, sondern entsteht als Krankheit sui generis und zwar in zwei Formen, einer diffusen und einer circumscripten.

a) Die circumscripte Form entsteht im Anschluss an Ulcerationen der Blase, dysenterische oder follikuläre Ulcerationen im Rectum und Ulcera an dem Cervix uteri. Man kann demnach eine Paracystitis, eine Paraproktitis und eine Parametritis chronica atrophica im engeren Sinne unterscheiden. Als Folgen zieht sie nach sich Verziehungen des Uterus, besonders nach der Seite, Anheftung der Ureteren an den Cervix, Verdickung des Beckenperitoneums, Verlagerung der Ovarien, Verdickung der Ligamenta lata, partielle Verziehung der Blase, chronische Katarrhe und Verdickung des Cervix uteri, venöse Hyperämie mit Varicenbildung am unteren Theil des Rectum, Periphlebitis und Thrombosen. Diagnostisch kann die Unterscheidung dieser Form von der chronischen Pelviperitonitis in der Tiefe des Douglas schwierig werden. Der Process kann sich nach Beseitigung der Ursache zurückbilden, besonders wenn eine normal verlaufende Gravidität interkurrirt.

b) Die diffuse Form hat als Ausgangspunkt den von der Fascia pelvis aufsteigenden und den Uterus umschließenden Hohlcylinder in seiner ganzen Ausdehnung, besonders die die Basis der Ligamenta lata bildende Partie und das mit den Douglas'schen Falten nach dem Mastdarm ziehende Bindegewebe, endlich meist primär die linke Beckenseite. In hochgradigen Fällen ergreift die Atrophie den Beckenboden und dringt nach aufwärts auf die Subserosa der vorderen und hinteren Bauchwand und auf das Bindegewebe im Mesenterium des Dickdarms. Mikroskopisch findet man narbige Hyperplasie des Beckenbindegewebes mit Periphlebitis und Perineuritis der großen Ganglienapparate des Beckens. Das Frankenhäuser'sche Ganglion erscheint hierbei verschmälert, das interganglionäre Bindegewebe hyperplastisch, die Ganglienzellen geschrumpft, braun pigmentirt, der Rest eines Kernes schwer zu erkennen; in späteren Stadien wird die Bindegewebshyperplasie noch hochgradiger (Befunde von H. W. Freund).

Die wichtigsten Folgezustände der diffusen Parametritis atrophicans sind venöse Hyperämie der Beckenorgane, Katarrhe der Blasen- und Mastdarmschleimhaut, Atrophie der Muscularis dieser Organe, höckriggranulirte Beschaffenheit der Uterusoberfläche durch Narben und Phlebektasien mit Trübung der Serosa uteri, Hyperplasie des Bindegewebes in der Uteruswand, Atrophie der Mucosa uteri so wie der Lig. rotunda mit Erweiterung des Leisten- und Schenkelkanals, Verziehung und Stenosirung der Tuben, Hyperplasie des Bindegewebes ihrer Wand und Atrophie ihrer Schleimhaut, narbige Atrophie der

Ovarien, Atrophie der Vaginalwand mit Verengerung des Scheidenlumens, Atrophie der äußeren Genitalien, Venendilatationen an Anus, Urethra und Blasenhals, endlich in höheren Graden Erschlaffung der Bauchwände, Atrophie und Dilatation des Dickdarms und Abwärtszerrung mit Abknickung der Flexura iliaca.

Als ätiologische Momente werden für die diffuse Form sexuelle Reizung, Masturbation, zu häufiger Coitus, ferner Durchfälle, Schleimflüsse, profuse Schweiße, Blutungen, schlechte Ernährung, geistige und körperliche Überanstrengung, endlich Hypoplasie der Genitalien und des Gefäßsystems, zuweilen auch Gonorrhoe und Syphilis angeführt.

Die lokalen Symptome entsprechen dem Sitz der anatomischen Veränderungen. Es treten Schmerzen auf, die von den atrophischen Stellen in die Nates, Hüften, die Innenfläche der Oberschenkel, ja bis auf das Abdomen, Brust-, Schulter- und Halsgegend ausstrahlen, Sacrococcygodynie, Pelviodynie, ferner Ischurie, Tenesmus, Dysmenorrhoe etc. Die Sekretionen, sowohl die menstruelle als die katarrhalischen sind Anfangs vermehrt, später vermindert, oft sogar aufgehoben; Masturbation besteht häufig, oft zusammen mit Taedium coitus, nächtliche Pollutionen mit reichlicher dünner Absonderung. Gravidität kann normal verlaufen, eben so die Geburt, erstere führt wegen der Auflockerung der Gewebe oft Besserung herbei, im Puerperium kann sich jedoch erhöhte Atrophie einstellen. In späteren Stadien kommt es nicht mehr zur Gravidität.

Die diffuse chronische Parametritis ist ferner stets von mannigfaltigen allgemeinen Symptomen begleitet; sie führt zu Reflexneurosen sympathischen, spinalen und cerebralen Ursprungs und zu vasomotorischen und trophischen Störungen aller Art, bis zu dem ausgeprägten Bilde hochgradigster Hysterie, von deren cerebraler Form — der Kopiopia hysterica — Verf. die klassische Schilderung Förster's wiedergiebt. Aus dem Auftreten derartiger Reflexneurosen, welches mit dem Ergriffensein der Nervenapparate des Beckens zusammenhängt, kann aber nicht unbedingt auf das Bestehen einer atrophirenden Parametritis geschlossen werden, weil auch bei puerperaler Atrophie, wenn die Ganglienapparate ergriffen werden, ähnliche Erscheinungen auftreten können; dagegen ergiebt Ovarialreizung in Folge von Perioophoritis ein ganz anderes, wohl zu unterscheidendes Krankheitsbild.

In prognostischer Beziehung ist von der diffusen atrophirenden Parametritis wohl zeitweiliger Stillstand, nicht aber Heilung zu erwarten.

Lokale chirurgische Eingriffe können nur dann von Wirkung auf die allgemeinen Symptome sein, wenn sie direkt das Grundleiden beeinflussen. Die Kastration, die Clitoridektomie etc. sind hierbei ohne alle Wirkung. Von günstiger Wirkung ist die Dehnung der Narben in Narkose und die Befestigung der Portio in der durch die Dehnung erhaltenen Stellung. Außerdem werden palliativ Atropin-

injektionen in das Narbengewebe, Immobilisirung des Uterus durch Tampons, Regulirung der Defäkation, Leberthranklystiere, bei sympathischen Reflexneurosen das Bismuthum subnitricum, bei spinalen das Arg. nitr., bei cerebralen das Zinc. acet., bei vasomotorischen Störungen Chapman'sche Beutel, Ammon-Präparate, Castoreum, Valeriana, bei Störungen der Allgemeinernährung die Playfair'sche Kur, bei Betheiligung der Psyche methodische psychische Behandlung empfohlen.

Die einfache Atrophie des Beckenbindegewebes entsteht nach rasch auf einander folgenden Wochenbetten, Laktationen und puerperalen Erkrankungen, womit stets Atrophie des Uterus Hand in Hand geht. Auch hier können hysterische Erscheinungen, aber meist nicht so schwerer Art, wie bei der atrophirenden Parametritis, sich einstellen.

Im IV. Abschnitt — Neubildungen des Beckenbindegewebes — finden sich 3 kasuistische Mittheilungen über intraligamentäre Myofibrome, von welchen zwei erfolgreich operirt wurden. Am Schlusse wird kurz die Hyperplasie des Fettgewebes im Becken bei allgemeiner Adipositas und nach Heilung von akuten Parametritiden erwähnt.

V. Verdrängung und Kompression des Beckenbindegewebes durch Neubildungen anderer Organe und durch Parasiten. Senkungsabscesse, subserös ins Becken wachsende Myofibrome, Sarkome und Carcinome, intraligamentäre Cysten des Ovarium, Parovarium und eines tubaren Fruchtsackes werden kurz besprochen. Wichtig erscheint die Angabe des Verf.s, dass seine Erfolge bei vaginaler Totalexstirpation des carcinomatösen und sarkomatösen Uterus in Bezug auf das Endergebnis der Heilung auf gleicher Stufe mit den bei den früheren Palliativoperationen erreichten Resultaten stehen und dass er nur einen einzigen Radikalerfolg — der seit 8 Jahren recidivfrei ist — zu verzeichnen habe. Verf. würde desshalb in geeigneten Fällen auf die Operation vom Bauche her zurückgreifen.

Den 2. Theil dieses Abschnittes bildet eine äußerst werthvolle Kasuistik von 19 selbst beobachteten Fällen von Echinococcus des Beckenbindegewebes, denen 3 Fälle von Schröder angereiht werden. Der Hauptwerth dieser reichen Kasuistik, von welcher 18 Fälle noch dem Breslauer und nur 1 Fall dem Straßburger Material des Verf.s angehören, liegt in der einheitlichen Beobachtung und in der eingehenden Schilderung der einzelnen Fälle. Nach den Resultaten dieser Beobachtungsreihe erfolgt die Einwanderung der Parasiten in die Beckenorgane entweder sekundär durch Senkung oder Wanderung aus höher gelegenen Organen oder primär in die Beckenknochen und — noch häufiger — in das paraproktale Bindegewebe. Das primäre Auftreten im Ovarium wird bezweifelt. Die Weiterwanderung erfolgt ins seitliche Beckenbindegewebe bis an den Uterus und die Harnblase heran und abwärts bis auf das Perineum; das

Becken kann durch das Foramen ischiadicum, durch die Lacuna musculorum und vasorum unter dem Poupart'schen Bande und nach aufwärts unter das Peritoneum der vorderen Bauchwand überschreiten; er bleibt also unter dem Bauchfellüberzug der Organe. Seine Invasion ins Beckenbindegewebe bewirkt chronische Entzündung des letzteren, Pelviperitonitis, Verschiebung und Verziehung der Beckenorgane, chronisch entzündliche Hypertrophie mit venöser Stauung in denselben, Ischämie, sogar Usur derselben und möglicherweise Perforation in die benachbarten Hohlorgane, nicht aber in die Bauchhöhle wegen chronisch entzündlicher Verdickung des Beckenbindegewebes. Schließlich kann der Parasit absterben und verjauchen.

Anatomisch handelt es sich beim Beckenechinococcus um eine mit Tochterblasen versehene Mutterblase, nicht um die alveolare Form des Parasiten. Der Parasit kann lange ohne Störung getragen werden; bei starkem Wachsthum bewirkt er Funktionsstörungen in den Organen des Beckens bei Vereiterung Fieber und allgemeinen Marasmus. Der Durchbruch erfolgt am häufigsten in das Rectum, demnächst in die Blase, am seltensten in Uterus und Vagina. Diagnostisch wichtig ist besonders der Sitz des Tumors subperitoneal zwischen Uterus und Mastdarm oder mehr seitlich im hinteren Umfange des Beckens hart an der Beckenwand ohne Verbindung mit dem Uterus und seinen Anhängen, ferner die pralle Elasticität einer anscheinend von homogenen dünnen Wandungen umgebenen Blase; das Hydatidenschwirren lässt sich hierbei nicht verwerthen. Die Untersuchung des durch Probepunktion entleerten Inhalts sichert die Diagnose, jedoch kann die Punktion zur Verjauchung des Tumors führen.

Der sicherste Weg der Entfernung des Parasiten ist die breite Eröffnung und Entleerung des Tumors mit Ausschälung des Mutterbalges, entweder per Laparotomiam oder vom Scheidengewölbe aus. Gelingt die Entfernung des Mutterbalges nicht, so ist der Tumor in die Bauchwunde einzunähen und die Höhle durch temporäre Ausstopfung oder Drainage zu behandeln. **Stumpf** (München).

---

## 2) **Waldeyer** (Berlin). Medianschnitt einer Hochschwangeren bei Steißlage des Fötus etc.

**Bonn, 1886.**

Die Leiche stammt von einer Frau, der beide Oberschenkel durch eine Lokomotive abgetrennt waren. Auch die äußeren Geschlechtstheile waren verletzt und sind desshalb in der Zeichnung etwas ergänzt. Die gefrorene Leiche wurde durchsägt. Der Schnitt ist sehr glücklich, namentlich bezüglich des Beckens, so ist z. B. die Harnröhre von oben nach unten halbirt. Wir übergehen die den Gynäkologen weniger interessirende Beschreibung des Kopfes, der Brust etc. und gehen sofort auf den Bauch über.

Der Nabel liegt dem 4. Lendenwirbel gegenüber, hier ist die größte Tiefe (16 cm). Darmschlingen finden sich nicht vor dem Uterus,

wohl aber in der Kreuzbeinaushöhlung hinter dem Uterus. Rechts bedingt das nach unten reichende Packet Dünndarmschlingen eine Konvexität der Uterusinnenfläche. Hinter dem unteren Uterinsegment und hinter dem Cervix uteri das kothhaltige S romanum. »Dünndarmschlingen finden sich zwischen Uterus und Rectum nicht vor. Der erste Kreuzbeinwirbelkörper ist gebrochen, die Bruchlinie läuft vom Wirbelkanal aus zunächst eine Strecke weit dem oberen Rande des Wirbels parallel, um dann ziemlich steil nach unten und vorn abzubiegen. Dieser Fraktur entspricht ein Bruch des Bogens.« Dadurch ist der erste Kreuzwirbelkörper (nach Art der Spondylolisthesis) auf dem unteren 1 cm in das Becken hineingerückt. Der Uterus hat ovale Form. Oben sitzt die Placenta und liegt die Nabelschnur. Fundus ragt bis zum 2. Lendenwirbel. Größte Länge des Uterus 24 cm. Tiefe 14,5, in Nabelhöhe. Größte Breite 16 cm, davon entfallen auf die rechte Schnitthälfte 9, auf die linke 7 cm. Muskulatur des Uterus im Allgemeinen bedeutender unterhalb des Fundus als im Bereiche des Fundus selbst. Klaffende Venen zeigen sich nicht, da die Frau verblutet war. Dicke der Uteruswand: vorn, handbreit über dem inneren Muttermund, 4—5 mm, hintere Wand, dieselbe Höhe, 8—10 mm. In der Mitte vorn 5—6 mm, hinten 4 bis 4,5 mm, am Fundus 4—4,5 mm. Diese Maße bezeichnen nicht die Dicke der Muscularis allein, sondern + Peritoneum und Mucosa. Die Muscularis allein ist fast überall gleich dick. Kontraktionsring ist natürlich, da der Tod vor der Wehenthätigkeit eintrat, nicht zu erwarten. Doch ist die Muscularis vorn und hinten dicht oberhalb des Orific. int. ein wenig dünner. Der völlig erhaltene Cervix ist vortrefflich zu sehen. Von einer Eröffnung des Orific. int. ist nicht die Rede. Der Kanal ist 38—39 mm lang. Somit ist dieser Durchschnitt ein neuer Beweis für die Erhaltung des Cervix in der Schwangerschaft. Ein Kontraktionsring fehlt, wie das auch nicht zu erwarten ist, da Geburtsthätigkeit noch nicht vorhanden war. Auch Ref. sah vor Kurzem die Sektion einer an Dyspnoe gestorbenen hochschwangeren Kyphotica, bei der der Kontraktionsring fehlte, obwohl ca. 12 Stunden ante partum elastische Katheter behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt eingelegt waren. Auch in diesem Falle, in dem richtige Wehen gefehlt hatten, ließ sich ein Kontraktionsring nicht finden, wohl aber der völlig erhaltene Cervikalkanal.

Eine Einsenkung der Eihäute in den Cervikalkanal ist nicht vorhanden, im Gegentheil ragt der Schleimpfropf etwas nach oben hervor.

Der innere Muttermund liegt unterhalb der Ebene des Beckeneingangs. Der Vertex der leeren Blase steht am oberen Symphysenrande. Cervix und Blase können überall leicht von einander abgezogen werden. Der schwangere Uterus ist weich, er passt sich der Umgebung an, ist also kein regelmäßiges, starkes Ovoid.

Das Kind (zusammengekrümmt) ist 24 cm lang. Der Kopf zeigt die bekannten Obliquitäten. Der After des Kindes liegt ziemlich genau auf dem inneren Muttermunde.

Die W.'schen Mittheilungen, namentlich die vortrefflich ausgeführten Tafeln sind wie Braune's und Schröder's[1] bezügliche Publikationen, Werke von epochemachendem Werthe und für alle Geburtshelfer von hohem Interesse. **Fritsch** (Breslau).

# Kasuistik.

## 3) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 11. Juni 1886.

Vorsitzender: Herr Schröder, Schriftführer: A. Martin.

Auf Antrag der Kassenrevisoren wird dem Kassenführer Herrn C. Ruge Decharge ertheilt und der Dank der Gesellschaft ausgesprochen. Bei Überreichung der Mitgliederdiplome begrüßt der Vorsitzende die unlängst aufgenommenen Kollegen.

I. Demonstration von Präparaten.

a) Herr Gottschalk (als Gast) demonstrirt das Produkt einer rechtsseitigen Tubenschwangerschaft, welches von Herrn Dr. Landau durch die Laparotomie vor 12 Tagen entfernt worden ist. Das Präparat stammt von einer 27jährigen Pat., die vor 2 Jahren 1mal ausgetragen normal geboren hat, im Wochenbett jedoch fieberhaft erkrankt war. Seit dieser Zeit klagte Pat. über Schmerzen im Kreuz, welche jedes Mal mit Eintritt der Menses sich steigerten. Die Periode war im Allgemeinen regelmäßig, Mitte Februar dieses Jahres blieb sie aus; Mitte März bekam dann die Frau, angeblich nach starker körperlicher Anstrengung, plötzlich unter sehr heftigen Schmerzen eine Blutung mäßigen Grades, die 3 Wochen anhielt. Von diesem Moment an steigerten sich die Schmerzen im Kreuz und der rechten Seite des Unterleibes in solch rapider Weise, dass Pat. in den letzten 8 Wochen vollständig arbeitsunfähig war; sie will seit dieser Zeit eine Geschwulst im Unterleib bemerkt haben.

Bei der Untersuchung ließ sich konstatiren, dass der nicht vergrößerte Uterus nach links verdrängt war durch einen, seiner rechten Kante ziemlich innig ansitzenden, gut orangegroßen Tumor, der eine ziemlich derbe Konsistenz darbot, auf seiner Oberfläche uneben und ziemlich fixirt erschien. Die linken Anhänge schienen verdickt, das linke Ovarium vergrößert und fixirt. Da das rechte Ovarium nicht zu fühlen war, so musste die Differentialdiagnose, ob der Tumor rechts einer Tubenschwangerschaft seine Entstehung verdanke, oder ein Ovarialtumor sei, der sich in das Lig. latum hinein entwickelt habe, offen bleiben. Bei der Operation stellte sich nun heraus, dass das rechte, nicht vergrößerte Ovarium in alte Adhäsionen eingehüllt an der hinteren Beckenwand fixirt lag, der Tumor dagegen der rechten Tube ausschließlich angehörte und von deren Wandung rings umkleidet wurde. Bei dem Versuch, den Tumor von seinen Beckenadhäsionen zu lösen, riss die Decke desselben oben ein; der sehr blutreiche Tubensack wurde beiderseits abgebunden, das rechte Ovarium aus den Adhäsionen geschält und mit entfernt. Die linke Tube zeigte sich durch Hydrops wurstförmig ausgedehnt, das zugehörige Ovarium von kleinen Cysten durchsetzt und gleichfalls fixirt, Tube nebst Ovarium werden in der gewöhnlichen Weise abgebunden. Die Rekonvalescenz verläuft normal.

Der Tumor lässt auf dem Durchschnitt das der unteren Tubenwand ansitzende, etwa der 4. Woche angehörige Ei erkennen, in der Eihöhle liegt der dieser Zeit entsprechende Embryo, dessen Nabelstrang in die Insertionsstelle an der unteren Tubenwand hineingeht. Rings um das Ei herum, jedoch excentrisch, mehr nach oben findet sich, die gesammte kompakte Masse des Tumors ausmachend, organisirtes Blutfibrin, das offenbar bei jener Blutung ausgeschieden wurde, welche in

[1] Referat im Druck befindlich.

der 4. Woche der Gravidität, zur Zeit als die Frau von jenen heftigen Schmerzen und der Blutung nach außen befallen wurde, zweifelsohne in die Eihäute erfolgt ist, und welche zwar den Tod des Eies, jedoch nicht die Ruptur des Tubensackes bedingte. Damit stimmt überein, dass nirgends eine Rissstelle an der Tubenwand und auch keine alten Blutcoagula in der Bauchhöhle bei der Operation zu entdecken waren. In ätiologischer Hinsicht glaubt G. das Gesammtbild der pathologischen Veränderungen, welches dieser Fall bot, auf die frühere Pelveoperitonitis zurückführen zu dürfen, welche beide Ovarien fixirte und die Abknickung beider Tuben zur Folge hatte; diese Abknickung hinderte auf der rechten Seite das befruchtete Ei in den Uterus zu gelangen, auf der linken Seite erzeugte sie den Hydrosalpinx.

b) Herr Schröder legt einen großen myomatösen Polypen vor, der aus dem Uterus in die Scheide hinein geboren gefunden wurde. Der Uterus war oben links über der Geschwulstmasse zu fühlen. Zur Entwicklung des Tumors wurde der Forceps angelegt. Die relative Weite der Scheide nach mehrfachen vorausgegangenen Geburten gestattete schließlich eine Extraktion des Tumors ohne größere Verletzung. Der Uterus invertirte sich partiell, da der breite Stiel bis in den Fundus hinaufreichte. Nach Incision in die Stielhaftstelle gelang die Enukleation der Geschwulst und dann die Reposition der invertirten Uteruswand.

Herr Kauffmann berichtet über einen analogen Fall, den er bei C. Mayer beobachtet hat.

II. Herr M. Hofmeier: Zur Indikationsstellung der Porro'schen Operation, mit Demonstration eines Präparates.

Trotz des schnellen Sieges der Porro'schen Operation haben sich die Ansichten über das beste Kaiserschnittsverfahren schon wieder sehr geändert. Nach einer Zusammenstellung von Truzzi kamen unter 150 Operationen nach Porro nur 49 Todesfälle vor; von Braun, Fehling und Breisky sind zusammen 23 Fälle mit 17 Heilungen operirt. Die Opposition gegen die Porro'sche Operation ist aber niemals ganz verstummt und hat mehrfache Gegenvorschläge zur Verbesserung des früheren Verfahrens hervorgerufen, besonders von Kehrer und Sänger. Nach den Sänger'schen Vorschlägen sind jetzt, wie die letzten Mittheilungen zeigen, in Deutschland 24 Fälle mit nur 4 Todesfällen operirt. Nach diesen Resultaten scheint es sicher, dass die Mehrzahl der Kaiserschnitte wieder dem alten Verfahren zufallen wird und nur bestimmte Fälle werden der Porro-Operation bleiben, in denen eine radikale Entfernung des Uterus wünschenswerth scheint. Hierher gehören auch z. Th. die Komplikationen mit Myomen, obgleich meistens diese Myome so sitzen werden, dass ihre Entfernung unmöglich ist. H. hatte im März dieses Jahres Gelegenheit, einen solchen Fall in Madeira zu operiren bei einer 47jährigen Dame, welche im Juli 1885 geheirathet hatte. Die Menstruation trat noch einmal regelmäßig ein, dann unregelmäßige Blutungen. Im December Diagnose auf Schwangerschaft neben Feststellung der Unmöglichkeit einer spontanen Geburt. Die Anfang März vorgenommene Untersuchung konnte über die wahre Natur der Geschwülste auch keinen bestimmten Aufschluss geben. Bei der am 3. März vorgenommenen Operation stellten sich die Tumoren als von der Rückwand des Uterus gestielt ausgehende und im kleinen Becken total verwachsene Myome dar. Nach Ausführung des Kaiserschnittes, der ein 5 Pfund schweres, sehr munteres Mädchen zu Tage förderte, wurde der Uterus amputirt, der Stumpf mit Seide und Katgut vernäht und versenkt. Erst jetzt konnten die Myome aus ihren Verwachsungen ausgeschält werden. Die blutenden Peritonealflächen wurden durch umfassende Seidennähte zusammengeschnürt. Dauer der Operation $1^3/_4$ Stunden.

Die Rekonvalescenz war eine ausgezeichnete, die Temperatur überstieg nie 38°; auch jetzt ($^1/_4$ Jahr nach der Operation) befinden sich Mutter und Kind ausgezeichnet.

Nach der Zusammenstellung von Sänger beträgt die Mortalität von 52 bekannten Kaiserschnitten wegen Myomen 80%. Seit 1876 sind aus diesem Grund 17 Operationen ausgeführt, davon 8 nach Porro mit nur einem guten Erfolg, 9 nach dem alten Verfahren mit 5 Heilungen. Es würde demnach dieser Kaiser-

schnitt den zweiten in der Litteratur bekannten, wegen Myomen ausgeführten und erfolgreichen Fall vorstellen und den einzigen, welcher nach Versenkung des Stiels glücklich verlaufen ist.

A. Martin schließt sich den Schlussfolgerungen des Herrn Vortr. betreffs der Indikationsstellung der Porro-Operation an. Nur bezüglich der Behandlung des Uterus nach Entwicklung des Kindes bei cervikalen Myomen, welche die Durchführung des Fötus auf natürlichem Wege behindern, möchte er nicht ohne Berücksichtigung anderer Nebenumstände zur Porro-Operation rathen. Er hat selbst in einem solchen Fall sich mit der Ausführung des Kaiserschnitts begnügt. Pat. ist genesen. Die Myome sind puerperal geschrumpft und bleibt jetzt die Möglichkeit einer Konception vielleicht mit einfacherem Geburtsverlauf noch gegeben. Aus dieser Überlegung hat A. Martin damals bei der Entbindung auch auf die Kastration verzichtet.

---

### 4) **Miller.** Kaiserschnitt.

(Amer. journ. of the med. science 1885. Juli. p. 178.)

Eine 20jährige farbige Zwergin von ca. 4 Fuß Größe war schwanger und beim Beginn der Geburt von Krämpfen befallen. Sie war seit 14 Jahren unfähig, das Bett zu verlassen, hatte in Folge von Coxitis ankylosirte Hüftgelenke, die unteren Extremitäten waren gegen den Leib gebogen, die rechte in dem Grade, dass sie schief über das Abdomen stand und darauf Eindrücke gemacht hatte. Die consecutive Beckendeformität ist nicht genauer beschrieben, doch scheint ein plattes Becken vorzuliegen, dessen Conjugata auf $2^1/_2$ Zoll angegeben wird. Schließlich waren auch noch syphilitische große Geschwüre vorhanden.

Als man sich zum Kaiserschnitt entschloss, waren seit Geburtsbeginn schon ca. 30 Stunden verflossen, die Frau sehr kollabirt und bewusstlos. Es zeigte sich eine Ruptur im unteren Theil des Uterus und im Cervix von ca. 5 Zoll Länge und Blutcoagula in der Bauchhöhle. Nach Entwicklung der todten Frucht invertirte sich die Placentarinsertion des Uterus durch die Wunde, wurde aber durch Druck reponirt, worauf Zusammenziehung des Organs und schließlich Lösung der Placenta. Während Anlegung der Nähte in die Bauchwunde starb die Frau, ein Ereignis, welches in Amerika nach Harris nur 1mal außerdem eintrat, während dort die Inversion niemals sonst beobachtet worden ist.

**Lühe** (Demmin).

### 5) **Goetz** und **Warynski.** Hydramnios; Geburt eines Anencephalus zur richtigen Zeit.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1886. No. 3.)

Eine 30jährige Frau, welche 2mal spontan geboren hatte, erhielt im 5. Monat ihrer 3. Gravidität einen heftigen Schlag gegen den Unterleib. Von diesem Moment an nahm derselbe rapid zu. Schmerzen, welche das Athmen beschwerlich machten, führten sie zum Arzt, der jedoch nichts fand. Der allzugroße Umfang des Leibes ließ auf Zwillinge schließen, obwohl sonstige Zeichen fehlten. Beim Beginn der Geburt betrug der Nabelumfang 150 cm. Nach mehrstündigen Wehen, welche die Frau erschöpften, ohne dass eine vollständige Erweiterung des Muttermundes eintrat, beschloss G. einzugreifen und sprengte die Blase. Es entleerten sich über 25 Liter Fruchtwasser. Gesichtslage; bloß ein Fötus. Forceps (Tarnier) angelegt, Geburt eines Anencephalus. Placenta manuell gelöst, Uterusausspülung mit Sublimat (1 : 2000). Im Wochenbett Pneumonie.

Es folgt eine detaillirte Beschreibung des Fötus, auf deren Wiedergabe wir hier verzichten.

**Heilbrun** (Kassel).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**№. 29.** **Sonnabend, den 17. Juli.** **1886.**



## Verhandlungen der ersten Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in München, 17.—19. Juni 1886.

3. Sitzung, Freitag 18. Juni, Vormittags 9 Uhr.

Vorsitzender: Herr Winckel (München), Schriftführer: Herr Küstner (Jena).

**Kaltenbach** (Gießen) zeigt zunächst Präparate von hypertrophischer Tubenwand, von Carcinom des Uterusfundus, ferner einen supravaginal exstirpirten, schwangeren Uterus mit verjauchtem Myom, spricht sodann zur

### Prophylaxis der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum.

Die günstigen Erfolge des Credé'schen Verfahrens berührend, fragt der Vortr., ob die Erfolge in der primären Desinfektion des Auges, oder in der ganzen Reinlichkeit lägen, und ob sich dieselben Erfolge bei einem milderen Verfahren erzielen ließen. Es werde immer nur die Infektion unter der Geburt betont. Dies treffe nicht ganz zu; er halte die Gefahr der Infektion bei der Passage unter der Geburt für nicht so groß; selbst bei Anwesenheit des Gonococcus brauche nicht Infektion zu erfolgen, da das kindliche Auge über eine Reihe Schutzapparate verfüge (Lidschluss, Bedeckung durch Vernix caseosa). Ein 2. Punkt, der seine Ansicht stütze, sei die geringe Morbidität in Privatkreisen; er glaube gar nicht, dass in den Entbindungsanstalten so viel inficirte Frauen sich befänden. Die Untersuchung durch mehrere Hände und die Übertragung von Fall zu Fall tragen die Schuld an den Anstaltserkrankungen. Die Finger der Untersuchenden bringen die Sekrete an Stellen, die für das Auge gefährlich werden. Hiernach dürfe man die primäre Desinfektion nicht mehr in den Vordergrund stellen. Dass die Credé'sche Methode alle primären und Späterkrankungen beseitigt habe, sei dem ganzen

System der Reinlichkeit zu danken. Dass das Arg. nitr. allein nicht genügt, zeigten die verschiedenen Resultate der Anstalten. Auch ist dasselbe nicht allein ein Specificum, auch das Sublimat leiste dasselbe. Er sei überzeugt, dass durch prophylaktische Sublimatausspülungen der Scheide während der Geburt und durch Auswaschen der Augen mit destillirtem Wasser die gleichen Resultate erzielt werden. Vom 1. April bis jetzt ist bei über 200 Geburten kein Fall von Ophthalmoblennorrhoea mehr vorgekommen. Der Vorzug dieses Verfahrens liegt in seiner Einfachheit und Reizlosigkeit. Die Augen sind hell und klar, nicht im geringsten geröthet; er wolle nicht alle Kinder einem künstlichen Augenkatarrh aussetzen. Augenärzte halten 2%ige Höllensteinlösungen nicht für gleichgültig. Auch Schröder habe sich gegen die obligatorische Einführung der Desinfektion ausgesprochen.

Diskussion. Zweifel hat vor einigen Jahren ganz gleiche Versuche machen lassen, während dieser Zeit erkrankte kein Auge; später wurde die Desinfektion von anderem Wartepersonal gemacht und es trat eine Epidemie auf. Das zeigt, dass die Sicherheit nicht so groß ist. Er nahm dann das Credé'sche Verfahren wieder auf; seitdem kein Erkrankungsfall. Nach Argentumgebrauch sah er schleimigen Augenkatarrh.

Olshausen stimmt in manchen Punkten nicht mit Kaltenbach überein. Wenn die primäre Infektion von K. als verhältnismäßig nicht so häufig angesehen werde, dagegen die Übertragung in der Anstalt, so ist das gewiss richtig. Nichtsdestoweniger haben wir in der Zeit des Auftritts einen Beweis dafür, dass doch die Infektion primär in der Geburt auftritt. Die große Mehrzahl der Fälle erkrankt Ende des 3. bis Anfang des 4. Tags. Auch er hat die Scheide regelmäßig mit Karbolsäure irrigiren und dann die Augen zuerst mit 1%iger dann 2%iger Karbolsäure ausspülen lassen. War auch die Besserung auffällig, so hatte er doch bei Anwendung des Argentum noch viel bessere Resultate; er halte das Argentum für eine Art Specificum; bei Sublimatanwendung hatte er nicht die gleichen Resultate und er sei wiederum zum Argentum zurückgekehrt. Ein wesentliches Hindernis gegen die obligatorische Einführung seien die häufigen katarrhalischen Entzündungen des Auges.

Winckel bemerkt, dass in seiner Klinik nicht ein einziges Kind seit Anwendung der prophylaktischen Desinfektion des Auges erkrankt sei.

Schatz glaubt, dass bei Beibehaltung des Argentum sich eine allgemeine Durchführung nicht erzielen lasse. Das Sublimat hatte nicht die gleichen Resultate, während das Argentum ein Specificum war. Er glaube nicht, dass Sublimat bei Gonokokken so specifisch wirke.

Leopold ist mit Credé's Methode außerordentlich zufrieden. In der ersten Zeit zeigten sich mehrere starke Entzündungserscheinungen, darunter sehr starke eitrige Entzündungen. Es war dies auf nachlässige Ausführung der Vorschrift zurückzuführen; die Behandlung müsse in gewissenhaften Händen sein. Kaltenbach's Rath, die Scheide mit Sublimat auszuspülen, in die Privatpraxis einzuführen, halte er für bedenklich. Reizungen nach Einträufelung 2%iger Argentumlösung sieht er sehr selten.

Müller (Bern) sieht in den Scheidenausspülungen das Hauptmittel gegen die Blennorrhoea; während der Austreibungszeit lasse er alle 1—2 Stunden solche Spülungen vornehmen. Dies lasse sich auch in der Privatpraxis durchführen.

Prochownik: Vor der Zeit, wo Argentum angewandt wurde, sah er in der Privatpraxis etwa 9—10 Fälle. Seit Einführung der Credé'schen Methode habe er keine Blennorrhoe mehr gesehen. Prophylaktische Scheidenausspülungen macht er nicht mehr und hält sie für überflüssig.

Hofmeier: Es sei wichtig, dass festgestellt werde, was bei dem Verfahren das eigentlich Wirksame sei. Die Resultate in Berlin mit antiseptischen Mitteln seien gleich gut gewesen, bei Anwendung von destillirtem Wasser jedoch nicht so gut.

Bumm. Die Infektionsträger sind während der Geburt nur spärlich vorhanden, steigern sich in den nächsten Tagen sehr bedeutend. Untersuchungen an Schwangeren zeigen dies sehr gut; in deren milchigem Sekret seien wenig Infek-

tionsträger. Während der Geburt wird die Zahl etwas größer; in den ersten Tagen des Wochenbetts, wenn das Sekret blutig wird, ist sie sehr groß. Die Infektion erfolge also nicht während der Passage durch den Geburtskanal, sondern erst nachträglich. Das Auftreten vom 3.—4. Tage spricht nicht dagegen; schon nach 12 Stunden kann die Blennorrhoe manifest sein.

Firnig (Köln): In der Hebammenlehranstalt zu Köln seien bei einem Theil der Geburten (bei Schädellagen) sofort nach der Geburt des Gesichts die Augenumgegend mit Äther abgewaschen und mit Jodoform betupft, nach der Geburt des Kindes die Augen mit abgekochtem Wasser ausgespült worden. Diese Behandlungsweise ließ vielfach im Stiche, während bei dem Credé'schen Verfahren keine Blennorrhoe auftrat.

Kaltenbach hält die größere desinficirende Wirkung des Sublimats aufrecht; er sei zu seinem Verfahren erst nach genauer Prüfung anderer Methoden gekommen.

Credé: In den letzten 2 Jahren habe er unter mehr als 1000 Geburten einen Katarrh und eine geringe Blennorrhoe gesehen; alle übrigen Augen blieben gesund. Sublimateinspülungen hat er nie gemacht, eben so nicht häufig Ausspülungen. Reizerscheinung nach Argentumeinträufelung sind äußerst selten; hauptsächlich bei frühgeborenen Kindern; sie mögen also auf falscher Ausführung der Methode beruhen. Er injicire nur ein kleines Tröpfchen an einem Glasstabe. Ehe er zum Argentum griff, habe er mildere Mittel benutzt, die alle unzuverlässig waren; es müsse also etwas Specifisches in diesem Mittel liegen, von dem abzugehen er keinen Grund habe. Die Desinfektion der Scheide allein genüge nach seinen Erfahrungen nicht. Er ist dagegen, den Hebammen Sublimat in die Hand zu geben. Die Frage, ob der Staat schon Vorschriften geben solle, halte er noch nicht für reif; die Sache müsse erst noch geprüft werden.

Zweifel hält in entsprechenden Lösungen Karbol und Sublimat für gleichwerthig.

Müller (Bern) fragt Herrn Credé, ob mit Einführung der Desinfektionsmethode (Scheidenausspülungen) die Zahl der Augenaffektionen nicht bedeutend abgenommen habe.

Credé kann darüber keine genauen Zahlen geben.

## Stumpf (München). Über puerperale Eklampsie.

Vortr. berichtet über 2 Fälle von typischer Eklampsie am Anfang des 10. Monats. Bei der Ersten Kaiserschnitt in Agone, die Zweite stirbt 18 Stunden post partum. Bei Beiden fanden sich, außer den gewöhnlichen Befunden, die Zeichen akuter gelber Leberatrophie, außerdem Terminalikterus. In den Organen keine Spur von Harnstoff. Im 1. Falle fand sich im frischen Venaesektionsblut Methämoglobin, derselbe Körper im äußerst spärlichen Urin; außerdem in der Leber und im Harn große Mengen von Tyrosin und Leucin. Im 2. Falle dieselben Befunde, außer Methämoglobin, da weder venaesecirt wurde, noch Harn vorhanden war. Ammoniak wurde im Blute nicht gefunden, dagegen in der Niere hochgradige akute Nephritis; im 2. Falle vollständige Anurie. Vortr. glaubt, mit Rücksicht auf die Abwesenheit von Harnstoff, sogar in der Leber, dass die Zersetzungen nicht bis zum Harnstoff gelangt wären und dass intermediäre Stoffwechselprodukte im Körper zurückgehalten worden seien, welche die vergiftungsartigen Erscheinungen hervorgerufen haben. Aus Versuchen an einer genesenden Eklamptischen glaubt er, dass dieser supponirte Körper nicht stickstoffhaltig sei. Von Ammoniämie und Urämie könne daher keine Rede sein. Die Leberveränderung hält Vortr. für Schlusserscheinungen der Symptomenreihe. Der Urin enthält Aceton wie überhaupt der Harn Eklamptischer Aceton enthält. Außerdem fand Vortr. in allen eklamptischen Harnen Zucker. Woher die giftige Substanz im Körper kommt, ist ungewiss. Vielleicht ist das Kind die Quelle, wobei Vortr. sich auf die von Dohrn und ihm selbst beobachtete Muskel- und Todtenstarre neugeborener Kinder Eklamptischer bezieht, welche durch die Kohlensäureüberladung des Blutes und die dadurch bedingte Asphyxie, wie in seinem Falle, geradezu verzögert oder sogar verhindert hätte werden müssen.

Diskussion. Wiener frägt, ob der Harn auf Gallenbestandtheile untersucht war. (Vortr. verneint dies.) Man könne an eine Cholämie denken, die gleichfalls Koma, Krämpfe und Acetonurie mache. Die Nierenaffektion habe vielleicht die Ausscheidung der im Blute retinirten Gallenbestandtheile erschwert resp. verhindert und eine Anhäufung derselben im Blute verursacht, wie dies u. A. Spiegelberg beim Ikterus der Schwangeren andeutet.

Stumpf glaubt nicht an Cholämie, da der Ikterus erst ganz am Ende auftrat.

Sänger: Muskelstarre des Kindes kann auch bei Frauen vorkommen, die nicht an Eklampsie gestorben sind, z. B. bei Verblutungen.

Battlehner (Karlsruhe) glaubt, dass die Eklampsie durch einen Ptomainähnlichen Stoff hervorgerufen wurde, der schon im Leben bei akuter gelber Leberatrophie, vielleicht auch in der Niere sich bilde, die ja ähnliche Verhältnisse, wie die Leber, darbiete, nämlich fettige Degenerationen. Nicht der Harnstoff allein sei die Ursache.

Stumpf: Die Ptomaine sind bisher nur als Wirkung von Fäulnisbakterien gefunden; ein solches anzunehmen ist er nicht geneigt.

## Runge (Dorpat). Über Allgemeinbehandlung der Wochenbettserkrankungen.

Seine Methode der Wochenbettsbehandlung besteht in sehr großen Dosen Alkohol, Bädern, reichlicher Nahrungszufuhr und Vermeidung der Antipyretica. Besonders die Alkoholzufuhr muss sehr groß sein; die Bäder von 22—24°. Man sieht dann, wie bei Typhus, den Puls sich bessern, tiefe Inspirationen werden ausgelöst, der Appetit nimmt zu. Von den Antipyreticis wird höchstens die Temperatur beeinflusst, dagegen stören sie den Appetit. Von 9 schwer septisch Erkrankten starb bei dieser Behandlung nur eine. Dieses Verfahren stärkt die Resistenz des Organismus gegen die eingedrungenen Infektionskeime.

## Sänger (Leipzig). Über die Beziehungen der gonorrhoischen Infektion zu Puerperalerkrankungen.

Über die Häufigkeit der gonorrhoischen Infektion steht S. ganz auf dem Standpunkte Nöggerath's. Zur Sicherstellung der Diagnose müssen sichere Angaben des Mannes und der Frau, oder Ophthalmie eines Kindes, Erkrankungen der Harnwege und der Vulvardrüsen vorhanden gewesen sein, besonders letztere sind specifisch. Vortr. will nur klinische Gesichtspunkte geltend machen, Gonococcusuntersuchungen hat er nicht regelmäßig vorgenommen, da ihr Befund inkonstant und die Unterscheidung von Pseudogonokokken noch nicht gelungen sei. Unter 1930 gynäkologischen Fällen der letzten Jahre aus der privaten und poliklinischen Praxis hat S. 230 Fälle = 12% = $1/8$ als durch gonorrhoische Infektion bedingt gefunden, ja in weiteren 161 Fällen aus der jüngsten Zeit 29 = 18%. Weit über die Hälfte der Fälle ist unanfechtbar sicher. Unter 389 Schwangeren war bei 100 eitriger Ausfluss verzeichnet = 26% (Oppenheimer berechnete für Heidelberg 27%); 40 Kinder bekamen nachträglich Blennorrhoe. Auffallend ist es, dass die gonorrhoische Infektion keine Puerperalinfektion macht. Die gonorrhoisch inficirten Personen verhalten sich nicht anders, als die nicht inficirten, aber es kommt doch im Puerperium sehr häufig zu schwereren gonorrhoischen Erkrankungen, die oft für puerperale Erkrankungen gehalten werden. Angus Macdonald mache darauf aufmerksam, dass gonorrhoische Infektion im Wochenbett schwere, ja tödliche Erkrankungen herbeiführen könnte. Doch handelte es sich in einigen derselben um septische Infektion. Vortr. schildert darauf einen Fall von schwerer gonorrhoischer Infektion aus der 3. Woche des Puerperium, in dem er neben einem linksseitigen parametritischen ein pelviperitonitisches Exsudat im Douglas und rechterseits vorfand. Der behandelnde Arzt hatte Puerperalinfektion angenommen. Die Vermuthung, dass ein rechtsseitiger Pyosalpinx vorhanden sei, bestätigte sich in der Folge, auch durch die Operation. Die gonorrhoisch erkrankten Tuben sind es, welche im Wochenbett pelviperitonitische Exsudate hervorrufen und milder verlaufen, als die septischen Entzündungen, die fast immer tödlich enden. Gonorrhoische Exsudate verlaufen meist protrahirt, treten erst spät im Wochenbett auf. Findet man bei Frauen,

die geboren haben, frischere oder ältere perimetritische Exsudate und dabei Erkrankungen der Adnexa, dann sind diese Erkrankungen fast immer gonorrhoischen Ursprungs. Es erkranken Frauen, deren Tuben vor und während der Schwangerschaft schon krank waren, oder es betrifft Frauen, die bald nach einem Abort oder einer Geburt mit einem Manne geschlechtlich zu thun hatten, der gonorrhoisch inficirt war. Diese Fälle liefern besonders häufig pelviperitonitische Entzündungen mit Erkrankung der Tuben. Unter 35 von ihm beobachteten schweren gonorrhoischen Erkrankungen aus der Zeit des Wochenbettes bilden diese das Hauptkontingent. Dass die Krankheit so spät auftritt, liege vielleicht daran, dass die Gonokokken Anfangs weggeschwemmt würden, dass die Menstruation wieder eintrete etc. Vortr. glaubt, dass der Gonococcus nur an der Oberfläche wirke. Für das Puerperium stellt die gonorrhoische Infektion keine allzu große Gefahr vor; die Gonorrhoe erscheint daher für das Frühwochenbett verhältnismäßig harmlos. Dagegen haben Personen, welche schwer gonorrhoisch erkrankt sind, zu gewärtigen, dass sie plötzlich später nach 3—7 Wochen anscheinend ohne Zusammenhang mit dem Puerperium erkranken. Die Gonorrhoe unterscheidet sich dadurch wesentlich von der Sepsis. Diese beiden Infektionen gehen sich nichts an, doch kommen Mischformen vor.

Diskussion (zu Runge's und Sänger's Vortrag):

P. Müller fragt, ob unter Runge's Krankheitsfällen auch Peritonitiden und Diarrhoen waren, dann wie groß die höchste Alkoholmenge gewesen sei.

Graefe: Schon vor 7 Jahren seien Puerperae bei Schröder mit sehr viel Alkohol erfolgreich behandelt worden. Zu Sänger's Mittheilung bemerkt er, dass er einen ähnlichen Fall gesehen, wo im Wochenbett Erkrankung eintrat; in einem anderen Falle sah er schon nach 12 Stunden die Erkrankung auftreten, doch trat die Genesung sehr schnell ein.

Kaltenbach: Es ist oft aufgefallen, dass, wo Ophthalmoblennorrhoe des Kindes sich einstellte, auch fieberhafte Erkrankungen bei der Mutter auftreten. Gerade diese Erkrankungen hätten ihn in der prophylaktischen Behandlung bestärkt. Dass der Gonococcus nur an der Oberfläche Erkrankungen mache, bezweifele er. Wie wären sonst die Strikturen nach Gonorrhoe beim Manne zu erklären? Er glaube gerade, dass die Gonokokken in die Tiefe vordringen.

Bumm hält es für unmöglich, auf klinischem Wege die Diagnose zu machen. Die Anamnese sei nicht maßgebend, auch der Ausfluss nicht. Nur zwei klinische Symptome seien zu verwerthen: Entzündungen der Vulvovaginaldrüsen und die Urethritis. Nur die bakteriologische Untersuchung entscheide. Die parametritischen Entzündungen könnten eher durch den Staphylococcus aureus oder albus erzeugt sein.

Elischer: Die Antipyretica verderben den Magen. Hat mit kalten Abwaschungen dasselbe erreicht, wie mit Bädern.

Schauta ist mit Runge einverstanden. Puerperae vertragen den Alkohol sehr gut, sie verbrennen ihn bald; er ist ein Respirationsmittel und stärkt die Zellen im Kampfe gegen die eingedrungenen Mikroorganismen. Man muss aber auch das weitere Eindringen von Mikroorganismen verhüten, besonders am Uterus, der gewissermaßen ein todter Raum sei. Besonders auf die Jodoformbehandlung (Jodoformstift) mache er aufmerksam.

Gusserow: Die Alkoholbehandlung ist schon sehr alt. Von Antipyreticis habe er nicht viel gesehen und schon immer Alkohol gegeben, jedoch immer einen Widerstand bei den Kranken gefunden. Dann möchte er wissen, wie größere Nahrungsmengen beigebracht würden; gewöhnlich werden dieselben von den Kranken zurückgewiesen. Den Alkohol dürfe man bloß als Adjuvans ansehen.

Mundé: Alkohol wird in Amerika als Kognak oder Wisky gegeben, etwa 1 Liter pro Tag, dann die Verdauung hebende Mittel (Pepsin). Die Kälte applicirte er mittels Schläuchen, die, mit Eiswasser gefüllt, um den Körper gewickelt werden. Außerdem giebt er Antipyrin. Gegen Sänger bemerkt er, dass er Salpingitis ohne Gonorrhoe bei jungen Mädchen sah. Sie könne auch durch Insulte entstehen.

v. Säxinger hat lange vor Breisky die Alkoholbehandlung eingeleitet, große Quantitäten (1—2 Liter) Landwein per os und rectum gegeben, auch auf kräftige

Nahrung gesehen, niemals aber bei sehr schweren Erkrankungen Genesungen beobachtet. Der Alkohol darf nur als Adjuvans angesehen werden. Mit antipyretischen Mitteln hat er nicht viel erreicht.

Er ist erstaunt über den großen Procentsatz von gonorrhoischen Infektionen, die Sänger beobachtet; er sieht die Gonorrhoe nicht so häufig. Für ein zuverlässiges klinisches Symptom hält er folgendes: Bei gonorrhoisch inficirten Frauen sah er, abgesehen von der intensiven Röthung und Schwellung, besonders die Schwellung des Papillarkörpers auf der Oberfläche der Schleimhaut hervortreten und auf der Höhe derselben durch Epithelverlust kleine Ecchymosen auftreten, die, im Verein mit den anderen Symptomen pathognomonisch sind. Auch er sah bei jungen Mädchen 2 Fälle von Salpingitis, die zweifellos nicht gonorrhoischer Natur waren.

Fehling erwähnt die Zweifel'schen Untersuchungen über Fäulniskeime im lebenden Organismus und seine Erfolge mit Eisbehandlung nach Laparotomien. Vortr. ließ gleich nach Ausstoßung der Nachgeburt Eisblasen auf den Leib legen, um die kleinen Wundfieber zu vermeiden, die für die Weiterverbreitung des Puerperalfiebers so häufig den Anlass geben. Der Erfolg war sehr gut. Nach Weglassung der Eisblase sah er wieder eine Reihe kleiner Fiebersteigerungen. Er empfiehlt die Eisblase als Prophylaktikum gegen die kleinen Wundfieber.

Veit (Berlin) drückt sein Befremden aus, dass über den Werth der lokalen Behandlung der Puerperalkrankheiten nicht gesprochen worden. Hat häufig in Folge der mit den Bädern einhergehenden Bewegung schwere Erscheinungen gesehen, die auf Fortreißen von Thromben zurückzuführen sind. Antipyrin gleich in der ersten Zeit zu geben, hält er nicht für angezeigt, da es die reine Beobachtung stört. Die von Schauta empfohlenen Jodoformstifte verwirft er.

Küstner spricht sich für die von Fischl empfohlene lokale Behandlung aus, die auch in Jena geübt werde und empfiehlt die frühzeitige vaginale Diagnose und Behandlung der Puerperalgeschwüre.

Krukenberg sah nach kalten Bädern (16° R.) ebenfalls Schüttelfröste und in einem Falle Metastasen bei der Sektion.

Firnig (Köln) empfiehlt hydropathische Umschläge, d. h. Einwicklungen der Pat. in ein nasses Leintuch und darüber eine wollene Decke.

Winckel glaubt, mit Bezug auf Sänger's und Noeggerath's Ansicht, dass in Leipzig wegen des großen Fremdenandranges vielleicht ähnliche Verhältnisse, wie in New York, und die Gelegenheit zur Infektion hier wie dort häufig gegeben sei. In Dresden hat er bei 700 Leichen niemals einen Todesfall an akuter gonorrhoischer Infektion gesehen. Hier in München dagegen habe er mehrere sehr schwere Fälle von gonorrhoischer Infektion mit Ergüssen gesehen. Vortr. erwähnt dann noch die Ätzungen mit Liq. ferri sesquichl. bei Lokalerkrankungen und deren günstige Wirkung. Hat sterilisirte Seide mit Erysipelkokken getränkt und in Liq. ferri sesquichl. getaucht und dann bei Verwendung der Seide an Kaninchen entweder keine oder nur sehr langsame Entwicklung des Erysipels beobachtet.

Runge wiederholt noch einmal, dass seine Methode nur den Organismus stärke und widerstandsfähiger mache. Der Alkohol allein thut es nicht, er muss in Verbindung mit Bädern gegeben werden, aber sehr reichlich, dann tritt auch der Appetit ein. Die Mehrzahl seiner 9 Fälle gehörten der sog. lymphatischen Form an, mit elendem Puls, Peritonitis etc.

Sänger: Sein Material umfasse Personen aus allen Ständen, Einheimische und Auswärtige, aber keine Puellae. Die Gonorrhoe sei eine universelle Krankheit und könne es keine Stadt geben, der sie etwa einen besonderen Stempel aufdrücke, wie Winckel glaube. Wenn man beflissen sei bei jeder gynäkologischen Untersuchung auf Gonorrhoe zu fahnden, so werde man überall zu ähnlichen Zahlen kommen wie er. Nach Kaltenbach's Anschauung müsste es eine Parametritis gonorrhoica geben. Der klinische Nachweis habe früher ausgereicht und thue es immer noch; wenn Bumm ihn für unmöglich halte, so solle er erst den echten Coccus bringen, nicht immer neue Formen von Kokken. Woher kämen denn sonst die häufigen Erkrankungen der Adnexa, des Beckenbauchfells? Man solle doch

eine andere Ätiologie namhaft machen. Er bleibe bei seiner Ansicht stehen und glaube nicht, dass katarrhalische Tubenentzündungen Pyosalpinx machen, auch nicht, dass »Insulte« dazu führen. Pyosalpinx sei stets durch Infektion bedingt: die gonorrhoische Pyosalpinx ist nur die häufigste Form.

Hierauf wird als Ort der nächsten Versammlung Halle gewählt. Darauf Wahl der Ausschusses.

4. Sitzung, Freitag 18. Juni Nachmittags 2 Uhr.

Vorsitzender: Herr Winckel (München), Schriftführer: Herr Küstner (Jena).

**Elischer (Budapest). Über Jodoformanwendung bei schweren Laparotomien.**

Vortr. erzählt einen Fall von doppelseitiger Ovariotomie, wobei beide Stiele und eine Stelle am Mesenterium jodoformirt worden waren; in den Stielen klaffende Gefäße, die unterbunden wurden. Die beiden ersten Tage völliges Wohlbefinden, nur Mangel jeglichen Durstgefühls. Am übernächsten Tag Uterusblutung, hochgradige Unruhe, Sopor, leichter Ikterus, Temperatur normal, Puls beschleunigt. Ikterus am nächsten Tage noch stärker, Urin dunkelbraungelb. Berührung mit einem in Eiswasser getauchten Lappen ruft tiefe Athemzüge hervor. Allmähliche Rückkehr des Bewusstseins, Temperatur normal, Puls noch beschleunigt. Kranke genas. Auch nach anderen Operationen und Anwendung von Jodoform sah er auffällige Erscheinungen (Erregung, galliges Erbrechen, Weinkrämpfe, Pupillenstarre, Unruhe etc.) eintreten. Alle diese Symptome hält er für Jodoformwirkung. Er räth, alle klaffenden Gefäße durch Naht zu schließen, da sie doch das Jodoform aufsaugen könnten. Außerdem sorgt er für möglichst starke Hautthätigkeit. Seine Erfahrungen seien eine Mahnung, zu erwägen, wie weit man das Jodoform gebrauchen dürfe.

Diskussion. Frommel hat unter normalen Verhältnissen Jodoform nicht in die Bauchhöhle gebracht, dagegen hat er bei 2 Fällen von tuberkulöser Peritonitis Jodoform ausgiebig verwandt. Die erste Pat. war sofort nach der Operation entfiebert. In einem 3. Falle von Ovarientumor und Ascites fand er kleine Papillen überall im Peritoneum und brachte Jodoform in ausgiebiger Weise in die Bauchhöhle; auch hier wurde es sehr gut vertragen.

Slaviansky (St. Petersburg) sah gleichfalls einen Fall von Intoxikation nach Myomotomie bei einer fetten Person. Karbol- und Jodoformgebrauch. Delirien, Tod. Sektion zeigte das volle Bild einer Septikämie. Man kenne bis jetzt kein klinisches Bild von Jodoformintoxikation; sie werde sehr leicht mit Septikämie verwechselt. Man müsse daher mit der Diagnose: Jodoformintoxikation sehr vorsichtig sein. Einen üblen Einfluss von Jodoform hat er nicht gesehen.

Schauta hat bei puerperaler Endometritis bis 6,0 g Jodoform in den Uterus gebracht, ohne jeglichen Nachtheil; verweist außerdem auf Ehrendorfer (Arch. f. Gynäk. Bd. XXII), der noch größere Mengen Jodoform ohne Nachtheil anwandte. Andererseits müsse zugestanden werden, dass unsere besten Antiseptica heftige Gifte sind. Möglicherweise seien E.'s Fälle Jodoformvergiftungen gewesen, vielleicht auch nicht; vielleicht sei auch der Ort der Applikation nicht gleichgültig.

Hirschberg hat durch Sublimat eine Peritonitis mit tuberkulösen Knötchen vollständig ausgeheilt. Es ist also nicht bloß das Jodoform ein Specificum bei tuberkulöser Peritonitis. Bei alten Leuten und fetten Personen soll man es entweder gar nicht, oder nur in geringen Mengen anwenden.

Meinert stimmt dem Vorredner bei, dass nicht bloß Jodoform tuberkulöse Peritonitis heile; auch durch andere Mittel allein (Punktion, Incision) werde dieselbe geheilt.

Graefe bestätigt diese Ausführungen durch einen selbst beobachteten Fall. Auch sah er 2mal tuberkulöse Peritonitis verschwinden, doch ging die Pat. an Phthise zu Grunde. Diese Peritonitis ist nicht immer tuberkulöser Natur, sondern manchmal ist nur Granulationsgewebe zu finden.

Kaltenbach hat 3 Jodoformintoxikationen gesehen. Besonders war starkes Hautjucken im Vordergrunde der Erscheinungen. Jod wurde jedes Mal im Harn

nachgewiesen. Bei extraperitonealer Stielbehandlung nimmt er statt des Jodoform Tannin mit Salicylsäure.

**Battlehner** sah auch in einem Fall von Peritonitis mit Ascites und Knötchen auf Punktion Heilung eintreten. Stimmt **Graefe** zu, dass die Diagnose nur gestellt werden könnte, wenn Tuberkelbacillen nachgewiesen seien. Im Übrigen glaube er, dass mancher Fall von psychischer Störung fälschlich als Jodoformvergiftung aufgefasst werde. Vortr. hatte einen derartigen Fall.

**Olshausen** beobachtete eine ganze Reihe tuberkulöser Peritonitiden. Die Tuberkulose des Peritoneums kann in vielen Fällen ausheilen, oder Jahre lang stehen bleiben; sie geht ohne Jodoform zurück.

**Prochownick** fand in 3 Fällen ausgedehnte Verwachsungen des Netzes mit dem Beckenrand, die ihm den Ascites erklärten.

**Chrobak** hält es nicht für sicher, dass es in E.'s Fall sich um Jodoformintoxikation gehandelt habe; sah auch einen Fall genesen, der für Jodoformvergiftung gehalten werden konnte. Die Entziehung von Flüssigkeit, die E. vorschlägt, könne er nicht empfehlen. Hat Jodoform in vielen Fällen angewandt, allerdings nur mäßige Mengen und sah nie eine üble Wirkung.

**v. Säxinger**: In einem Falle von tuberkulöser Peritonitis mit kolossalem Ascites und zahllosen Knötchen trat nach Laparotomie und Entleerung des Ascites bis jetzt — nach 1/2 Jahr — kein Zeichen von Ascites ein.

**Frommel** verwahrt sich dagegen, dass er das Jodoform für diese Fälle als Specificum empfohlen habe.

**Elischer**: In seinem Falle habe es sich nicht um Septikämie gehandelt (kein Fieber, keine Auftreibung etc.) Gegen **Schauta** bemerkt er, dass beim Einlegen von Jodoformuterinstiften die Menge des Jodoforms nicht berechnet werden könne, da ein Theil doch abfließen könne. Auf die Durstdiät legt er ein großes Gewicht.

## Schatz. Über Geschwüre der Harnblase.

Vortr. beobachtete folgende zwei Fälle: Eine sonst gesunde Frau hatte im Typhus außerordentlich starke Urinbeschwerden. Behandlung mit Ausspülungen, die nichts erzielen. Nach mehreren Wochen Betastung der Blase. Dieselbe sammetweich, auf der vorderen Innenwand, etwas über der Symphyse eine thalergroße Stelle, die sich von der übrigen Wand dermaßen unterscheidet, dass sie wie auf einer festen Wand aufgesogen erscheint. Es war keine Ausbuchtung, sondern eine ganz gleichmäßige Fläche, die sich anfühlte, als wenn man auf befeuchtetes Glas fühlte. Ringsum keine Wulstung. Gefühl von Drängen, Abgang von Blut und Eiter mit dem Urin. Weitere Behandlung zunächst ohne Erfolg. Nach 1/2 Jahr sah Vortr. einen gleichen Fall bei einer jungen Frau. Lästiges Drängen mit Entleerung einiger Tropfen Blut. Austastung der Blase; ähnliche Verhältnisse, wie im vorigen Fall, nur lag das Geschwür mehr hinten oben, etwa 5 cm im Durchmesser. Untersuchung des Eiters ließ nichts erkennen. Die Kranke kam nach mehreren Monaten wieder. Ausspülungen brachten keine Besserung. Inzwischen war das Geschwür um das Dreifache vergrößert, mit der unteren Grenze fast bis ans Trigonum Lieutaud. reichend. Es fragte sich, ob sich durch partielle Resektion der Blase eine Besserung erzielen ließe. Die Resektion wurde gemacht, ähnlich wie der hohe Steinschnitt. Schnitt unmittelbar über der Symphyse, Emporheben der Blase. Nach dem Aufschneiden der Blase präsentirt sich das Geschwür, die übrige Blase intakt. Mit einer Klemmzange das Geschwür von hinten her gefasst; die gefasste Masse sehr dick. Unterbindung der gefassten Masse und Abtragung derselben. Die Fäden bleiben liegen, um sie aus einer Fistel heraushängen zu lassen. Blasenschnitt mit Katgut genäht, unterer Theil der Blasen- und Bauchwunde offen gelassen. Aus dieser Fistel wurden die Fäden und ein Drainagerohr, das aus der Harnröhre herausging, herausgeleitet. Ungefähr am 20. Tage war die Naht so lose, dass sie einfach aus der Fistel herausgeholt werden konnte, eben so das Drainrohr. Nach 3 Stunden entleerte die Frau 1/4 Liter Urin ohne Beschwerden. Das ausgeschnittene Stück machte den Eindruck eines granulirenden Geschwürs. Es

fanden sich in ihm Tuberkel, aber keine Bacillen. Die Kranke kam nach mehreren Monaten, während welcher sie keinen eitrigen Urin hatte, mit der Bemerkung wieder, dass der Urin wieder trübe sei. Urin war immer sauer. Es war also ein tuberkulöses Geschwür der Blase. Vortr. sah früher 2 Kranke, welche seit langer Zeit Blasenbeschwerden hatten und bei denen die Blase fest kontrahirt war, bei deren innerer Betastung er Befunde hatte, die er am ersten noch als Tuberkulose ansprechen möchte. Die Dauer der Tuberkulose der Harnorgane könne unter Umständen eine sehr lange sein. Die Operation rechtfertige sich also. Die andere Frage, ob es richtig war, von oben her in die Blase einzugehen, beantwortet Vortr. dahin, dass er es nicht für gut halte, von der Scheide aus einzugehen. Der Eingriff von oben her ist nicht so bedeutend, er gleicht dem Steinschnitt. Die Blase habe er nur bis auf die Stelle geschlossen, wo die Nähte herausgingen, damit er sie eventuell hoch ziehen konnte und damit sich nicht eine lange Fistel bilden konnte. In der Litteratur habe er keinen solchen Fall gefunden.

Diskussion. Hirschberg würde sich schwer zu solchem Eingriff bei Geschwüren entschließen; man könne die weibliche Harnröhre bequem dilatiren. Die Sectio alta ist nicht so einfach und harmlos. Es sind Todesfälle vorgekommen, außerdem bilden sich Urinfisteln, die nicht heilen. Da der Urin sauer war, habe es sich nicht um einen Blasenkatarrh handeln können. Bei nicht tuberkulösen Geschwüren sollte man einfachere Mittel anwenden, z. B. Anlegung einer Blasenscheidenfistel. Er halte die Ausschneidung eines handtellergroßen Stückes für gefährlicher, als den hohen Steinschnitt.

Veit (Berlin) hält die Sectio alta an der weiblichen Blase nicht für so gefährlich; sah sie 3mal anwenden. Auch die Schwierigkeiten, die Wunde später zu schließen, hält er nicht für vorhanden; glaubt, dass man solche Geschwüre durch dauernde Drainage oder Fistelbildung heilen könne. Jedenfalls müsse etwas geschehen; die Sectio alta sei am Platze, wenn die Drainage oder die Fistelbildung nichts nütze.

Hirschberg kann sich keinen Unterschied zwischen männlicher und weiblicher Blase bei Sectio alta denken und hält diese nach wie vor für nicht ungefährlich. Außerdem steige die Tuberkulose der Harnorgane von oben nach unten; auch desshalb würde er die Operation unterlassen. Er hat die Blase zweimal ohne Nachtheil ausgelöffelt.

Schatz hält die Auskratzung nicht für praktisch wegen der großen, breiten Fläche. Eine Dauerheilung sei in seinem Falle freilich nicht zu erwarten. Jedenfalls sei die betreffende Niere erkrankt. Was die Sectio alta betrifft, so habe man bei der Frau in der That ein anderes Organ als beim Manne. Die Blase sei bei der Frau ein großer Sack, aus dem man wohl ein handtellergroßes Stück herausnehmen könne.

**Zeiss** (Erfurt). Über die Alexander-Adams'sche Operation.

Die Operation habe wenig Berücksichtigung in Deutschland gefunden, obwohl sie nicht so ohne Weiteres zu verwerfen sei. Vortr. bespricht darauf die Einwände gegen die Operation. Zunächst würde bei der Retroflexio uteri die Erschlaffung der Lig. retro-uterina nicht berücksichtigt. Man müsse aber nach der Operation, falls sie nützen soll, ein Pessar einlegen und die Portio nach hinten fixiren, wodurch die Ligamente wieder erstarken können. Ferner wurde eingewendet, dass man statt einer Lageanomalie nur eine andere herstelle. Man werde aber dieses Extrem mit häufigerer Übung vermeiden können. Fritsch meine, dass Pessarbehandlung die Operation ersetze. Vortr. glaubt nicht, dass die Pessare diese sichere Wirkung immer haben würden. Erwähnt seine Operationsfälle, darunter einer nach Abort im 4. Monat und bestehender Subinvolution; obgleich an einer Seite ein kleiner Bruch entstanden ist, trägt die Frau den Uterus in normaler Lage, nur etwas descendirt. Der 2. Fall trägt seit 8 Wochen kein Pessar mehr; der Uterus liegt normal. Glaubt, dass seine Resultate doch die Operation etwas in Schutz nehmen lassen dürfen. Betreffs der Indikationen bemerke er, dass wir für die Prolapse bereits sehr gute Operationsmethoden besitzen.

Diskussion. Slaviansky (St. Petersburg) berichtet über eigene Operationen. Bei der 3. Operation fand er die Lig. rotunda nicht, bei der 4. schlecht, bei der 5. fand er sie wieder. Doléris fand sie auch an der Leiche nicht. Vortr. fand überhaupt bei 9 Frauen die Lig. rot. 2mal gar nicht, 4—5mal sehr schlecht. Wo die Ligamente aber da sind, da ist die Operation leicht auszuführen; man kann das Ligament 11 cm lang ausziehen, ohne die Peritonealeinstülpung zu sehen. Wegen Prolaps habe er noch nicht operirt. Wo er die Ligamente nicht fand, legte er ein Pessar ein und ließ die Kranke einen Monat im Bett. Diese Fälle behielten die Retroflexion. Vortr. fasst sein Urtheil dahin zusammen, dass für gewisse Fälle von ganz beweglicher Retroflexion die Operation am Platze ist, wenn sie ausführbar ist; das Letztere aber wisse man bis jetzt nicht im Voraus.

Küstner hat 2mal operirt und in dem einen Fall nach der Operation das Pessar wieder eingelegt. Während die Kranke lag, retroflektirte sich der Uterus wieder; den Intra-uterin-Stift ließ er weg. Glaubt, dass in den Fällen, in denen ein Pessar nichts nützt, auch die Operation nichts nütze. Nur in den Fällen, wo der Uterus leicht zu reponiren ist und man den Kranken das Tragen eines Pessars ersparen will, sei die Operation am Platze. Schwierigkeiten in der Auffindung der Lig. rotunda fand er nicht, vielleicht weil er den Hautschnitt anders machte. Der Verlauf war immer fieberlos.

Slaviansky bemerkt, dass die Operation oft in wenigen Fällen gut gehe, dann kommen schwierige Fälle. Wenn man die Ligamente nur 6 cm weit vorgezogen habe, dann sei man noch nicht gewiss, ob man wirklich die Ligamente habe, da sich der Uterus dabei noch nicht bewegt; erst bei 10 cm bewege er sich. Die Zeit müsse erst die Sachlage klären.

Mundé (New York) fand in seinem ersten Falle die Ligamente gut, dann mehrere Male nicht. Seine Assistenten fanden sie an der Leiche von außen gleichfalls nicht. In den Fällen, wo das Vorziehen der Ligamente gelungen, ist seit einigen Wochen der Erfolg gut. Die Operation ist indicirt, wenn Pessare nicht ausreichen.

Küstner isolirt durch Herumrühren mit einer Sonde das Fett vom Lig. rotundum und glaubt, dasselbe auch gefunden zu haben.

Winckel führt folgende Gründe gegen die Operation an:

1) Personen, welche die Operation durchgemacht haben, müssen ihr Pessar weiter tragen;

2) die eine Pat. habe einen Bruch davongetragen;

3) man könne nicht berechnen, wie rasch die Dehnbarkeit der Ligamente wieder eintrete. Die Operation sei noch zu jung und von falschen Prämissen ausgehend. Beim Prolaps habe man sie schon wieder verlassen. Man habe auf Grund der deutschen Operationen kein Recht, von Erfolgen zu sprechen, die Sache sei noch zu kurz.

---

# Zur Technik der Perforationsverfahren.

Von

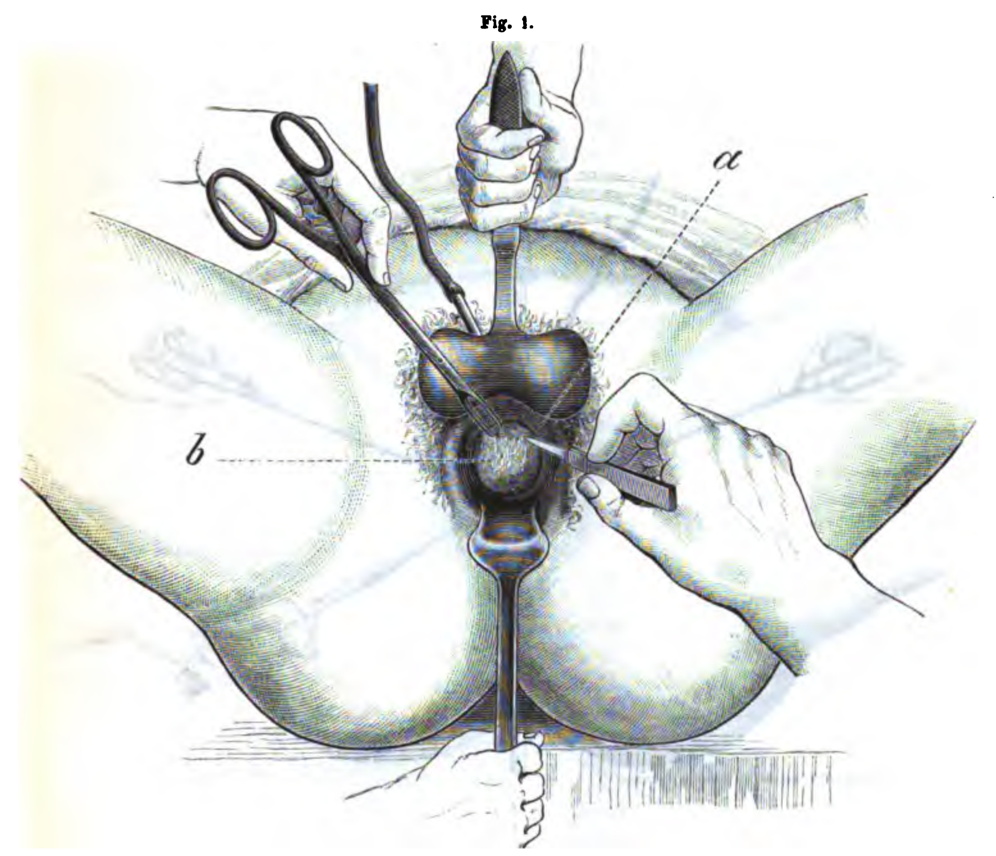
**N. Phänomenoff,**

Professor an der kaiserlichen Universitätsfrauenklinik in Kasan (Russland).

Obschon die Perforation des vorliegenden Schädels während der Geburt ihren Anfang von einer sehr entfernten Epoche der Entbindungskunst führt, lässt diese Operation — in der Form, in der sie ausgeführt wird — viel zu wünschen übrig. Als Folgen oder unangenehme Umstände dieser Operation wurden nicht selten mehr oder minder schwere Verletzungen der Geburtswege beschrieben, als: Verletzung der Muttermundslippen, die des Scheidengewölbes etc., bis zur Perforation des Promontoriums. Einige derartige Verletzungen geschahen nicht selten unter den Händen derjenigen, deren Erfahrenheit und Kenntnisse außer Zweifel stehen. Die Ursachen der Möglichkeit solcher Verletzungen sind in den Operationsmethoden selbst gegeben. In der That wird für das wichtigste Störungsmoment bei dieser

Operation die hohe Stellung, resp. die Beweglichkeit des vorliegenden Theiles und das ungenügende Eröffnen des Muttermundes gehalten. Um das Erstere zu beseitigen, greift man gewöhnlich zur Fixation von den äußeren Decken aus und Einige empfehlen sogar, zuerst die Zange anzulegen und dann unter der Zange zu perforiren. Diese beiden Methoden sind aber oft ganz unpraktisch. So unter den Umständen, die die Möglichkeit eines fixen Andrückens des Kindeskopfes gegen den Beckeneingang hindern (fette Hautdecken, ödematöser Zustand derselben, Meteorismus und Ascites, Empfindlichkeit etc., ohne der Unumgänglichkeit eines erfahrenen Assistenten zu erwähnen), wird man genöthigt, den beweglich stehenden Kindeskopf zu perforiren, d. i. das Abgleiten des Instrumentes zu wagen. Dieses

Fig. 1.

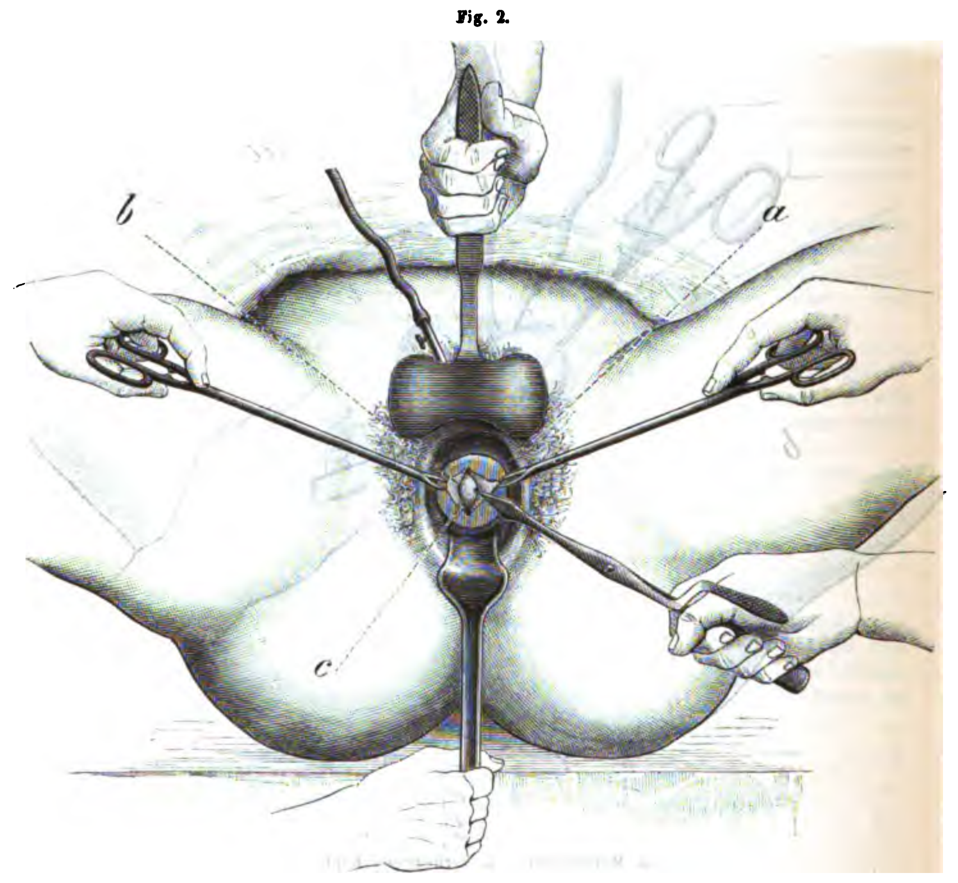



*a.* Muttermund. *b.* Vorliegender Kopf.

Übel lässt sich auch durch Anlegen der Zange nicht beseitigen, wenn man, wie es öfters der Fall ist, zur Perforation greifen muss, bevor die Geburtswege (der Muttermund und der Cervix) genügend eröffnet sind. Selbstverständlich muss der Arzt in diesen Fällen sich den verschiedensten Zufälligkeiten preisgeben, die sehr leicht verschiedene traumatische Verletzungen herbeiführen können. Alle diese Unannehmlichkeiten lassen sich indessen leicht vermeiden, wenn man dem Principe folgen will: nicht auf Gerathewohl zu operiren, sondern unter Kontrolle des Auges, und den Kindeskopf nicht von außen zu fixiren, sondern von der Scheide aus. Ich verfahre folgender Weise. Nachdem ich die Gebärende auf den Tischrand oder das Bett in situ coccygo-spinali (Simon's) hingelegt habe, führe ich einen großen löffelförmigen Mutterspiegel ein, indem ich den Damm und die hintere Vaginal-

wand zurückziehe. Die vordere Wand wird mittels eines gewöhnlichen Elevatoriums gehoben, oder, wie ich mehrmals verfuhr, noch besser mittels eines Fritsch'schen Rieselspeculums. Die Seitenwände der Scheide werden je nach dem Bedürfnis durch gehörige Hebel gehalten. Nachdem das Operationsfeld auf diese Weise bloßgelegt ist (s. Fig. 1), sehen wir, dass der behaarte Kopftheil in der Muttermundsöffnung wie in einen Ring eingestellt ist. Nachdem ich nun eine Hautfalte gefasst habe, durchtrenne ich sie mit dem Skalpell von vorn nach hinten bis auf den Knochen und ziehe die Hautlappen mittels der Kugelzangen zur Seite, sie über die Ränder des Muttermundes herausziehend, nämlich nur dann, wenn der letztere unbedeutend erweitert ist. Ferner, die Kugelzangen immer herabziehend,

Fig. 2.




*a.* Muttermund. *b.* Hautlappen des Kopfes. *c.* Entblößter Knochen.

steche ich einen scherenförmigen Perforator (von Nägele, oder den von Blot u. A. — s. Fig. 2) in das Schädeldach ein, lege an den entblößten Knochen Kiwisch's Trepan an, dadurch gewinne ich eine gehörige Öffnung und schreite zur Excerebration, die mit einem beliebigen Instrumente ausgeführt werden kann. Ich benutzte mit großem Vortheil eine modificirte starke Simon'sche Curette unter permanenter Irrigation. Die ganze Operation wird unter Irrigation durch den oberen Spiegel ausgeführt.

Es ist kaum nöthig, die Vorzüge dieses Verfahrens im Vergleich mit den bis jetzt üblichen zu beweisen. Die Vortheile meines Verfahrens sind augenscheinlich. Erstens wird die Gefahr des Herabspringens des Instrumentes in Folge von labilem

Stande des vorliegenden Theiles beseitigt, denn derselbe wird auf die beschriebene Weise sehr fest fixirt. Die Befürchtung, dass eine solche Fixation sich ungenügend erweisen kann — mit anderen Worten, dass die Kraft, mit welcher der Perforator in die Schädelhöhle eindringt, größer sein kann, als die Kraft, welche die Hautdecken des Kindeskopfes bei Dehnung derselben durch die Zange zu ertragen im Stande sind, ohne zu zerreißen, — diese Befürchtung, behaupte ich, wird durch die Thatsachen nicht gerechtfertigt. Vielfache Versuche an Leichen von Neugeborenen wie auch alle Fälle von Trepanation, die von mir in der Klinik, wie auch in der Privatpraxis, nach diesem Verfahren ausgeführt wurden, haben mich überzeugt, dass die Kraft, die dazu nöthig ist, dass die Zange das von ihr gefasste Gewebe durchtrennt und herabspringt, so groß ist, dass sie dem Drucke, bei welchem der Perforator in die Schädelhöhle eindringt, durchaus entgegenzuwirken im Stande ist. Zweitens ist jede Möglichkeit für eine Verletzung der angrenzenden Theile ausgeschlossen, da einerseits wir Alles, was wir machen, augenscheinlich sehen können, andererseits — weil das Instrument hier in einem von den Hautlappen gebildeten Sacke wirkt, welch letzterer einen sehr sicheren Schutz für den Muttermund darbietet, selbst im Falle, wenn seine Erweiterung sehr unbedeutend (1—2 Querfinger) ist; denn auch in diesem Falle sind die Muttermundsränder von den Hautdecken des Kindeskopfes bedeckt und das Instrument kann sie gar nicht berühren.

Dieses Verfahren schützt also vor allen Zufälligkeiten und die Ausführung der Perforation verliert nicht nur gänzlich ihren drohenden Charakter, sondern wird auch in technischer Hinsicht elementar-einfach.

Ich bin überzeugt, dass dieses Verfahren unvermeidlich allgemein eingeführt werden wird und die jetzt üblichen ganz ersetzen wird. Was mich betrifft, mache ich alle meine Perforationen sowohl in der Privatpraxis als auch in der Klinik principiell mit Hilfe des Spiegels. Überhaupt gebe ich diesem Instrumente eine sehr ausgedehnte Anwendung sowohl in der Geburtshilfe, als auch in der Gynäkologie. Verschiedene sogenannte kleine Operationen, Zerreißung der Fruchtblase (nämlich bei flacher Blase), Hysterostomatomie u. dgl. mache ich mit Hilfe des Spiegels, eben so bediene ich mich desselben zur Entscheidung verschiedener Streitfragen in der Diagnose des vorliegenden Theiles, des Zustandes der Fruchtblase und in einer ganzen Serie von anderen ähnlichen Fällen. A. Skene[1] war der erste, der dieses Verfahren in allgemeinen Zügen empfohlen hat, doch die Anwendung desselben in so einer Form, wie es oben beschrieben ist, wurde von mir zum ersten Mal im Jahre 1883 ausgeführt[2]. In den neuesten geburtshilflichen Lehrbüchern[3] wird darüber fast gar nichts erwähnt. In der letzten Zeit, wie es mir bekannt ist, beginnt dieses Verfahren in Russland in der Klinik von Prof. Slavjansky in Gebrauch zu kommen.

---

## 1) Hamon de Fresnay. Behandlung der Placenta praevia.

(L'abeille méd. 1885. No. 45.)

De F. erklärt die zur Zeit in Frankreich ziemlich allgemein gehandhabte Behandlungsmethode der Placenta praevia, einmalige Tamponade der Vagina und Abwarten, mit Recht für durchaus verwerflich und weist darauf hin, welche vorzüglichen Resultate in England, Amerika und Deutschland mit den dort üblichen Verfahren erzielt werden. Diesen zieht er ein von ihm selbst angegebenes vor. Er führt seinen »ballon hydrostatique« ein, welcher sofort die Blu-

---

[1] The American Journ. of Obstetrics and diseases of women and children. B. VIII. p. 150.

[2] S. »Wratsch« (russisch) 1884. No. 1—3.

[3] Schauta, A. Krassowsky (russisch) etc.

tung stillen, Wehen erregen soll. Nach einiger Zeit dilatirt er dann den Cervix mit den Fingern bis auf 4—5 cm, legt dann seinen Retroceps, resp. den »Forceps symmetrique« an und extrahirt das Kind. Mit diesem Verfahren will er alle Mütter und lebensfähigen Kinder retten.

Zur Illustration führt de F. eine Geburtsgeschichte an. Nach Einführung des Ballon hydrostatique stand die vorher äußerst profuse Blutung sofort; bald traten in 3—5minutlichen Pausen Wehen ein. Da die Erweiterung des Cervix nur langsame Fortschritte machte, tüchtige Einreibungen mit Fett, digitale Dilatation des Cervix, abwechselnd von der Hebamme und de F. ausgeführt. (Sowohl die Fetteinreibungen, wie die nicht nur von dem Geburtshelfer, sondern auch der Hebamme ausgeführte Erweiterung des Cervix entsprechen den in Deutschland gültigen geburtshilflichen Gesetzen in keiner Weise und werden dem de F.'schen Verfahren keine Anhänger verschaffen. Ref.) Hyoscyamin und Strychnin innerlich, um die Erweiterung des Cervix zu unterstützen!

Nach 4 Stunden Anlegen des Retroceps bei noch nicht erweitertem Muttermund. Nach vergeblichen Extraktionsversuchen und Schwächerwerden der fötalen Herztöne Anlegen der Zange. Extraktion eines asphyktischen Kindes. Adhärente Placenta manuell gelöst. Normaler Wochenbettsverlauf bei frequentem Puls (110—120) und putriden Lochien bis zum 11. Tage. Profuse Spätblutung unter Ausstoßung einiger Placentarreste (dass solche trotz manueller Lösung der Nachgeburt zurückgeblieben, ist dem Geburtshelfer entschieden zum Vorwurf zu machen, Ref.), durch heiße Intra-uterin-Injektionen beseitigt. Weiterer Verlauf normal.

**Graefe** (Halle a/S.).

---

## 2) **V. Ström** (Eslöf, Schweden). Subkutane Perforation des zuletzt kommenden Kopfes.

(Howitz, Gynäkol. og obstetr. Meddel. Bd. VI. Hft. 1—2.)

Namentlich für Ärzte am Lande dürfte die Nothwendigkeit der Perforation des zuletzt kommenden Kopfes hier und da sich geltend machen, wenn die Kephalotribe nicht vorhanden sei und scheint dem Verf. auch mehr schonend als die Kephalothrypsie. Er bespricht die Schwierigkeiten der Operation, wo auch der Angriffspunkt nach dem Rathe der verschiedenen Verff. gewählt wird und erwähnt dann eine von ihm versuchte Methode, sogenannte »subkutane Perforation«. Der Fall betraf eine rachitische Primipara mit Fußgeburt. Von einem Kollegen war die manuelle Extraktion und die Zange vergebens versucht, die Halscolumna zerrissen, die Haut intakt. Der Kopf ließ sich mit dem Perforatorium nicht erreichen, es wurde dann die Haut am Halse perforirt und unter dieser kam er mit dem Perforatorium zu dem Os occip., unter Kontradruck von außen gelang die Perforation und die Hirnmasse wurde entleert. Die Extraktion mit Hand, Haken und Zange misslang, wurde aber mit dem Kranio-

klast durchgeführt. Er parallelisirt die Methode mit derjenigen Cohnstein's: Eröffnen der Cervikalwirbel, Entfernung der Medulla und Ausspülung der Cerebralmasse durch Katheter, hier ist aber das Anlegen des Kranioklastes, wenn nöthig, unmöglich.

**Ingerslev** (Kopenhagen).

---

### 3) **O. Engström** (Helsingfors). Der Einfluss der Schwangerschaft auf die Blutcirkulation.

(Schriften von der med. Gesellschaft zu Finnland bei deren 50jährigen Jubiläumsfeier herausgegeben.)

Verf. bespricht erst das von Spiegelberg aufgestellte Postulat betreffend die vermehrte Arbeit des Herzens während der Gravidität, so wie diese durch die Einschaltung des Placentarstranggebietes zwischen Uterusarterien und Venen und durch die vermehrte Blutmenge während der Schwangerschaft bedingt sein sollte. Er acceptirt nicht die von Spiegelberg angestellten Experimente, welche ergaben, dass bei Verlängerung des Stromgebietes die Ausflussmenge abnehmen oder die Triebkraft zunehmen müsste, um eine gleiche Ausflussmenge zu bewirken. Indem er sich auf die Versuche von Lahs und auf eigene Experimente stützt, kam er zu dem Schlusse, dass die Zugabe des uterinen Gefäßseptum nicht die Cirkulation in der Aorta abdom. hemmt, nicht die Arbeit des linken Ventrikels vermehrt. Das klinische Faktum, dass diese letztere dennoch in den letzten Monaten der Schwangerschaft vermehrt ist, schreibt er auch nicht der vermehrten Blutmenge, wohl aber dem durch den wachsenden Uterus vermehrten intra-abdominellen Drucke zu, nicht dem von Einigen angenommenen direkten Drucke auf die Aorta von Seite des Uterus, aber der mehr oder weniger starken Kompression sämmtlicher Gefäße im Unterleibe.

**Ingerslev** (Kopenhagen).

---

### 4) **L. Faye** (Christiania). Mittheilungen über Verhältnisse und Sitten bei den alten Bewohnern des Nordens, die Schwangerschaft und Geburt betreffend.

(Norsk Mag. for Lägevid. Bd. XV. Hft. 10—12.)

Verf. hat mit großem Fleiße und Details von den verschiedensten historischen und kulturhistorischen Quellen eine Menge Aufklärungen über die obengenannten Verhältnisse bei den Bewohnern von Skandinavien im Alterthume und Mittelalter gesammelt. Die Arbeit enthält Vieles von Interesse, besonders weil sie an vielen Punkten eine Verwandtschaft in der eigenthümlichen Auffassung dieser Verhältnisse bei den verschiedenen Nationen zeigt, von welchen bizarren Anschauungen sich noch viele in gewissen isolirten Gegenden seines Vaterlandes geltend machen. Die Untersuchung umfasst die Schwangerschaft, Geburt, die Nachgeburt, das Wochenbett und die erste Kinderpflege nebst der Laktation.

**Ingerslev** (Kopenhagen).

---

### 5) P. Müller (Bern). Die Sterilität der Ehe. Entwicklungsfehler des Uterus.

(Handbuch der Frauenkrankheiten, redig. von Billroth und Lücke. 2. Aufl. I. Bd. 2. Abtheilung.)
Stuttgart, Ferd. Enke, 1885.

Der in der ersten Auflage des Billroth-Lücke'schen Handbuches für Frauenkrankheiten von dem verstorbenen Prof. Mayrhofer verfasste Theil ist in der zweiten nicht wieder erschienen. An seine Stelle ist eine ganz neue Arbeit von P. M. getreten. Sie unterscheidet sich sehr wesentlich, und Ref. muss sagen, durchweg zu ihren Gunsten von dem entsprechenden Abschnitt der ersten Auflage.

Die zu behandelnde Materie hat in so fern eine Änderung erfahren als die Entzündungen des Uterus nicht in diesem, sondern dem von Prof. Fritsch bearbeiteten Theil des Handbuches zusammen mit den Lageveränderungen besprochen werden. Trotzdem ist die M.'sche Arbeit um fast 100 Seiten länger als die Mayrhofer'sche. Es erklärt sich dies nicht allein dadurch, dass auf der anderen Seite das ihr zu Grunde liegende Thema erweitert worden ist, wie schon aus dem Titel zu ersehen. Während derselbe in der ersten Auflage »Sterilität des Weibes« lautet, ist in der neuen an seine Stelle »Die Sterilität der Ehe« getreten. Mit dieser Verallgemeinerung wird der sich seit dem letzten Jahrzehnt immer mehr Bahn brechenden Erkenntnis Rechnung getragen, dass in einer sterilen Ehe keineswegs immer den weiblichen Gatten die Schuld trifft, sondern oft den männlichen. Der Arzt, speciell der Frauenarzt, muss heut zu Tage nicht allein im Stande sein zu entscheiden, ob eine Frau unfruchtbar ist; er muss auch, weil dies in verschiedener Hinsicht für letztere von größter Wichtigkeit ist, mit positiver Sicherheit feststellen können, ob ihr Gatte zeugungsfähig. Mit vollem Recht bespricht daher M. in seinem Werk, obwohl es ein Theil eines Handbuches für Frauenkrankheiten ist, Ursachen, Erscheinungen und auch die Behandlung der männlichen Sterilität. Ist doch die letztere indirekt auch eine solche der weiblichen.

Vergleicht man das Inhaltsverzeichnis der M.'schen Arbeit mit dem der Mayrhofer'schen, so erklärt sich der größere Umfang der ersteren gegenüber der letzteren auch in anderer Hinsicht sofort. Wir finden eine Reihe von Kapiteln und zwar sehr wichtige, welche in der ersten Auflage gänzlich fehlen oder nur oberflächlich gestreift sind, so die konstitutionellen weiblichen Sterilitätsursachen; der Einfluss des zu jugendlichen und zu hohen Alters, der Chlorose, Skrofulose, Tuberkulose der venerischen und anderer chronischen Erkrankungen, ferner der Ernährung, speciell der Fettsucht, eines ätiologischen Momentes, welches nach Ansicht des Verf. oft zu gering angeschlagen wird.

Die Besprechung der in Lokalkrankheiten beruhenden weiblichen Sterilitätsursachen hat für den Autor eine nicht geringe Schwierigkeit

in sich geschlossen. Erstere bestehen fast durchweg in pathologischen Zuständen, welche ihre eigentliche Bearbeitung in anderen Abschnitten des Handbuches gefunden haben; ich erinnere nur an die Krankheiten der Ovarien, die entzündlichen Processe des Para- und Perimetriums, des Uterus selbst. Die Gefahr lag nahe an dieser Stelle entweder zu lang oder zu kurz zu werden. Beides hat M. vermieden. Die betreffenden pathologischen Zustände nur skizzirend, schildert er ihre Rückwirkung auf das Zeugungsgeschäft detaillirt.

Der zweite Theil des M.'schen Buches beschäftigt sich mit den Entwicklungsfehlern des Uterus. Das, was die erste Auflage hierüber brachte, war im Wesentlichen eine Wiedergabe der bekannten Kussmaul'schen Arbeit und zwar eine sehr kurze. In der neuen finden wir eine erschöpfende Darstellung des interessanten Gegenstandes. Die einschlägige Litteratur ist auch in ihr in ausgiebiger Weise, speciell, was kasuistische Mittheilungen betrifft, benutzt. Wir begegnen aber nicht ausschließlich Citaten. Diese sind nur da, wo sie im Interesse des Lesers nothwendig waren, der eigenen Gedankenarbeit des Verf. eingefügt. Hierdurch unterscheidet sich die ausgezeichnete M.'sche Arbeit vortheilhaft von ihrer Vorgängerin.

Graefe (Halle a/S.).

---

### 6) **Nieberding.** Über Achsenzug-Zangen.

(Sitzungsberichte der Würzburger phys.-med. Ges. 1885. December.)

Nach einem Hinweis auf die schon sehr alten Bestrebungen französischer, englischer und theilweise auch deutscher Geburtshelfer, mittels der Geburtszange einen möglichst beckenachsengemäßen Zug auszuüben, geht Verf. auf die Beschreibung der zu diesem Zweck bisher angegebenen Beckenachsenzug-Zangenmodelle über, derentwegen auf das Original verwiesen werden muss; den folgenden Ausführungen über die Zweckmäßigkeit dieser Instrumente werden hauptsächlich nur die Tarnier'sche (3 Formen), die Breus'sche und die Sänger'sche Zange zu Grunde gelegt, denen N. ein eignes Modell zufügt.

Dass die Zange trotz Kompressionsschraube dem Kopfe selten so fest anliegt, dass Schädel und Zange als ein Ganzes angesehen werden können, dass also Drehungen des Kopfes in der Zange unmöglich wären, ist N. Überzeugung; wäre eine derartige Fixation der Fall, so geriethe man ja mit den feststehenden Lehren des Geburtsmechanismus in Konflikt; eine derartige Fixirung des Kopfes bis zur Unbeweglichkeit desselben sei auch gar nicht nöthig, nur müsse so viel Halt vorhanden sein, dass die Zangengriffe nicht spontan sich öffneten und abglitten.

Auch widerspricht Verf. der Ansicht, dass die Zangengriffe, resp. die dem Zugstiele beigegebenen Zeiger als Indikator für die Zugrichtung benutzt werden können, weil in der Regel viel früher die Zangengriffe steigen, als eine Drehung des Kopfes in diesem Sinne stattfindet.

Die von N. angegebene Zange ist ein verlängerter Naegele'scher Forceps, der durch Beifügung des Tarnier'schen Zugapparates in eine Achsenzugzange umgewandelt ist; zur Vermeidung der Kompression des kindlichen Schädels ist in die Tarnier'sche Schraube eine Spiralfeder eingeschaltet, die gleichzeitig ein Abgleiten der Zangenlöffel unmöglich macht.

In dem einen Falle, in welchem Verf. Gelegenheit hatte, sein Instrument anzulegen, hat dasselbe seinen Erwartungen vollkommen entsprochen.

**Menzel** (Görlitz).

---

7) **O. Kumhitz.** Mittel gegen sogenanntes Puerperalfieber.

(Russische Medicin 1886. 12. [Russisch.])

In seinem Aufsatze, dessen Inhalt wenig dem Titel entspricht, macht Verf. darauf aufmerksam, dass man sich in der letzten Zeit viel mit der Hebung des Bildungsgrades der Hebammen, mit den für sie zu erlassenden Vorschriften etc. beschäftigt habe, dass man aber ganz die unzweifelhaft noch viel mehr Schaden bringenden »Powituch« (eine Art »Wickelfrauen«) vergessen habe. Diese Frauen, noch viel ungebildeter und unreinlicher als die Hebammen, bringen um so mehr Schaden, da sie bei vollkommenem Mangel aller medicinischen Kenntnisse eine große Dreistigkeit und Anmaßung besitzen. Sie richten um so mehr Unheil an, da sie von dem Gesetze gewissermaßen anerkannt und geschützt werden, welches sogar den Hebammen zur Pflicht macht, sie zu belehren. Diese Frauen, meist jüdischen Glaubens, richten besonders in den kleineren Städten der Westprovinzen viel Unheil an. Verf. erwähnt 2 charakteristische Fälle. Bei einer starken Blutung nach der Geburt steckte eine solche Frau einfach ein Stück Watte aus einem alten Unterrock in die Scheide und behauptete trotz der stets zunehmenden Schwäche der Wöchnerin, dass die Blutung gestillt sei und folglich die Hinzuziehung eines Arztes nicht nöthig sei; der endlich der immer häufigeren Ohnmachten wegen gerufene Arzt fand den Fundus uteri 4 Finger über dem Nabel. In einem anderen Falle (diese Frauen beschäftigen sich auch mit Behandlung von Frauenkrankheiten) hatte eine solche Frau einer Kranken, um sie von ihrer Unfruchtbarkeit zu befreien, die ganze Harnröhre bis zur Blase aufgeschnitten (!).

**Reimann** (Kiew).

---

## Kasuistik.

8) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu St. Petersburg.

1. Sitzung am 8. April 1886.

Die erste Sitzung des neugeschaffenen Vereins wurde mit der Antrittsrede des Präsidenten, des Akademikers A. J. Krassowsky, eröffnet, in welcher der Redner auf den traurigen Zustand dieses Theiles der Wissenschaft in Russland noch vor wenigen Jahrzehnten hindeutete und andererseits mit freudigem Gefühle konstatirte, dass in den letzten Jahren sowohl die Geburtshilfe, wie auch die

Gynäkologie sich praktisch und wissenschaftlich so weit entwickelt hat, dass beide Disciplinen sich dreist mit denen des Westens messen können. Als Ursache dieses erfreulichen Umstandes ist die Reorganisation des Lehrstuhles beider Fächer bei unseren Hochschulen anzusehen, wie auch der Umstand, dass den jungen Ärzten das klinische Material unserer städtischen Gebärhäuser zugänglich wurde. Der Redner ist versichert, dass die russische Schule sowohl der Geburtshilfe, wie auch der Gynäkologie auf festem Fundamente stehe und begrüßt desshalb die neugebildete Gesellschaft als einen lebenden Quell, der durch rastlose Arbeit die wissenschaftliche Entwicklung der genannten praktischen Zweige der medicinischen Wissenschaft fördern wird. Prof. Krassowsky äußerte folgende Wünsche: 1) Dass jedes Mitglied seine Beobachtungen zum Allgemeingut der Gesellschaft machen sollte. 2) Dass die Gesellschaft ihre eigene gynäkologisch-obstetrische Zeitschrift gründen solle. 3) Dass die Debatten sich auf dem wissenschaftlichen Boden bewegen und Persönlichkeiten denselben fern bleiben möchten.

Dr. Ott demonstrirte 3 Kranke, bei denen die Ovariencysten durch Laparotomie entfernt waren und 2 Kranke, bei denen wegen Cancer uteri derselbe per vaginam exstirpirt war.

Dr. Tarnowsky theilte einige Data aus den Berichten der Gebärhäuser mit, bei welcher Gelegenheit er auf die vortreffliche Organisation derselben hinwies. Der Bericht der Gebärhäuser für das Jahr 1885 zeigt, dass die Zahl der Geburten, hauptsächlich der ehelichen Geburten in St. Petersburg mit der Verarmung der Bevölkerung Hand in Hand gehen. Außerdem berichtet der Redner über die Resultate von Versuchen an Wöchnerinnen, die im Verlauf von 2 Wochen ohne jede Desinfektion behandelt wurden; es wurde statt Sublimat, Karbolsäure und Chlorpräparaten nur die minutiöse Sauberkeit und strenge Isolirung beobachtet. Es erwies sich, dass vor Beginn des Versuchs das Erkrankungsprocent = 32,1, während des Versuchs = 33,8 und nach demselben in den ersten 2 Wochen = 23 war. Todesfälle sind für die Zeit des Versuchs nicht vorgekommen.

Prof. Slavjansky macht darauf aufmerksam, dass Dr. Tarnowsky's Versuch nur den Satz feststellt, dass man Antiseptik und Desinfektion streng von einander zu trennen hat; er ist mit Dr. Tarnowsky vollkommen einig, dass für die Gesundheit der Wöchnerin die Hauptrolle nicht die Desinfektion, sondern die Antiseptik spiele und zwar die Antiseptik auf breiter Basis.

Dr. Balandin ist mit der Ansicht der Redner einverstanden, dass die Zahl der ehelichen Geburten in den Gebärhäusern mit der Verarmung der Bevölkerung in enger Kausalverbindung stehen, doch steht daneben das mit jedem Jahre wachsende Zutrauen des Publikums zu den Gebärhäusern in Verbindung, das durch die vortreffliche Organisation derselben erweckt worden.

Dr. Janpolsky unterstützt das Gutachten Dr. Tarnowsky's, wobei er darauf aufmerksam macht, dass Sauberkeit allein mächtiger ist wie alle angepriesenen Desinfektionsmittel, da in seinem Gebärasyl (Moskauer Stadttheil) von 676 Kreißenden keine einzige verloren gegangen, ungeachtet er sich des antiseptischen und desinficirenden Apparates enthalten und nur minutiöse Sauberkeit bei der Untersuchung und Pflege der Wöchnerin befleißigte.

Prof. Lazarewitsch ist zwar damit einverstanden, dass die Sauberkeit das mächtigste Mittel gegen Entwicklung der Puerperalerkrankungen sei, doch andererseits findet er es zu weit gegangen, wenn man die Desinfektionsmittel als überflüssigen Ballast betrachten wollte; überaus wichtig ist die Rolle der Desinfektionsmittel in dem Falle, wo der Arzt gezwungen ist, von kranken Wöchnerinnen zu gesunden Kreißenden zu gehen, um ihnen den nöthigen geburtshilflichen Beistand zu leisten.

Der Präsident Prof. Krassowsky schloss die Debatten über diesen Gegenstand mit der Bemerkung, dass ein 2wöchentlicher Versuch zur Schlichtung einer so wichtigen Frage ungenügend sei.

Dr. Rjasenzew theilte die Resultate von 7 Fällen mit, bei denen die Operation einer Verkürzung der Lig. rotunda uteri (Alquié und Alexandre) durch Prof. Slavjansky ausgeführt wurde. Nach einem litterarischen Überblick dieser

Operation ging er zu 7 Fällen seiner persönlichen Beobachtung über; 5 litten an Retroflexio uteri, 1 an Prolapsus uteri, 1 an Prolapsus cum retroversione uteri. Die Retroversion bei Prolapsus wurde vollkommen geheilt, in 3 Fällen wurde der retroflektirte Uterus in die normale Lage gebracht, in 1 Falle von Prolapsus und 1 Falle von Retroflexio uteri blieb die Operation erfolglos, in 1 Falle konnte die Operation nicht ausgeführt werden. Der Redner nennt die Operation Aberratio ligamentorum rotundorum uteri. Die Technik der Operation hält er für außerordentlich schwierig.

Dr. Grammatikati bemerkt, dass diese Operation den ätiologischen Momenten der Retroversio und Flexio nicht genügt, gleichfalls werden die Ursachen des Prolapsus uteri nicht gehoben, wodurch die ungenügenden Resultate erklärt werden. Die Technik der Operation findet er nicht schwierig. Der Theorie nach müsste sie nach G. eine fixe Anteversio hervorbringen, doch wird diese Voraussetzung nicht durch die Beobachtungen des Redners unterstützt. Weiter hält G. die Dauer des Erfolges in den gelungenen Fällen nicht garantirt.

Auf die Frage Dr. Ott's über die Indikationen zur Operation antwortet der Operateur Prof. Slavjansky, dass bis jetzt dieselben noch nicht genau präcisirt sind. Prof. Lazarewitsch weist darauf hin, dass diejenigen Fälle von Retroversio uteri, die durch die Kürze der vorderen Scheidenwand bedingt sind, diese Operation nie Erfolg haben kann, beim Prolapsus uteri hat sie nur dann Bedeutung, wenn der Beckenboden nicht zerstört.

2. Sitzung am 29. April 1886.

Dr. N. J. Andrejew. Klinische Beobachtungen über das Uteringeräusch im Wochenbett. Auf Grundlage von 158 Fällen werden folgende Schlüsse gezogen: 1) Das Uteringeräusch im Wochenbett unterscheidet sich nach Intensität und Charakter deutlich von demselben Geräuch vor der Geburt; 2) bei genauer Untersuchung ließ dasselbe sich in jedem Falle konstatiren; 3) es ist nach der Geburt auf der einen oder anderen Seite des Uterus, oder auch auf beiden zu hören; 4) links ist es öfter vorhanden, als rechts; 5) je vollkommener die Involution des Uterus, desto schwächer das Geräusch; 6) Lage und Form des Uterus haben keinen Einfluss auf die Stärke des Geräusches in der entsprechenden Seite; 7) zwischen der Ansatzstelle der Placenta und dem Sitz des Geräusches findet keine Beziehung statt; 8) die Hörbarkeit des Geräusches dauert im Mittel bei gesunden Wöchnerinnen 56, bei kranken 99 Stunden.

Prof. Lazarewitsch erklärt, dass er als den Entstehungsort des Uteringeräusches die Arterien ansehe, besonders die Stellen, wo dieselben in Folge der scharfen Windungen verengt sind. Darum sei das Geräusch am besten zu hören, wenn der Cervix der Bauchwand genähert sei, wie z. B. bei Retroversio oder Retroflexio uteri. Dadurch erkläre sich auch das häufigere Erscheinen des Geräusches auf der linken Seite, da diese Seite unter 1000 Fällen 359mal nach vorn sehe, die rechte Seite nur 42mal, während 599mal der Uterus quer stände. Ref. ist dagegen der Ansicht, dass das Geräusch links häufiger vorhanden sei, weil der Blutdruck in der linken Seite des Uterus höher sei.

Dr. Balandin findet in den Ausführungen des Ref. folgenden Widerspruch: Wenn das Uteringeräusch in den Arterien entsteht, d. h. an den Seiten der Gebärmutter, so ist nicht verständlich, warum man es so selten in der Mittellinie des Leibes hört; denn in der großen Mehrzahl der Fälle liegt der Uterus extramedian, so dass sein Rand nicht selten mit der Linea alba zusammenfällt.

Dr. G. K. Runge. Pathogenese eines Kephalhämatoma, das auf der Klinik des Prof. Slavjansky bei der Entbindung einer Frau entstand, an der früher eine Hysterotrachelorrhaphia Emmet und eine Kolpoperineorrhaphia ausgeführt worden waren. Der Fall beweist die Vorzüge der Theorie von Fritsch, nach welcher das Hämatom entsteht nicht nur in Folge der Kompression des Kindskopfes durch den Cervix uteri, sondern durch den ganzen Geburtskanal in toto; dass also, wie R. sich ausdrückt, die Möglichkeit der Entstehung von Falten, also auch des Hämatoms in dem Moment gegeben ist, wo die Schnelligkeit der Be-

wegung und die Kraft des Widerstandes der Scheidenwände und der Kopfbedeckungen sich nicht mehr gegenseitig ausgleichen.

Prof. Krassowsky bemerkt, dass man für die Ätiologie des Kephalhämatoma außer den im Geburtsakt liegenden Bedingungen, auch prädisponirende Momente im Auge haben müsse, wie sie im Bau der Knochen selbst und ihrem Verhältnis zum Periost gegeben seien.

Dr. Grammatikati ist damit einverstanden und erinnert an die Mittheilung von Samuelson (Mtsschr. f. Geb. Bd. XX), nach welcher Kephalhämatom des Kindes bei Hämophilie beider Eltern beobachtet wurde.

Dr. Runge entgegnet, dass die prädisponirenden Momente immerhin den mechanischen Einfluss der Geburt nicht überflüssig machen, sondern denselben gleichfalls fordern.

3. Sitzung am 20. Mai 1886.

Dr. Wiedemann theilt einen Fall von Porro-Operation wegen Ruptur des Uterus während der Geburt mit, die von A. J. Krassowsky am 22. April mit günstigem Erfolge ausgeführt worden ist. VIpara, 5 Stunden nach erfolgtem Riss und nach vergeblichem Zangenversuch ins Gebärhaus gebracht. Hochgradiger Collaps, darum kein Chloroform, kein Spray, nur Ätherisirung der Linea alba. Moschus subkutan. Bei Eröffnung der Bauchhöhle floss eine große Menge Blut aus, Kopf und linke Schulter des Kindes wurden zuerst hervorgehoben, dann der übrige Körper und die Nachgeburt. Der Riss befand sich auf der vorderen Fläche des Uterus, ging schräg von links unten nach rechts oben. Unterhalb des Risses wurde eine elastische Schlinge angelegt, der Uterus abgetragen und der Stumpf im unteren Wundwinkel befestigt. Die Bauchhöhle wurde mit Sublimat 1 : 5000 ausgespült und mit Metallnähten geschlossen. Jodoformverband. Die mikroskopische Untersuchung des Uterus wies serös-fibrinöse Infiltration des Bindegewebes des Uterus und der Parametrien nach, dass also erstens vor der Geburt eine Parametritis vorhanden war, die wahrscheinlich den Riss begünstigte und zweitens vor der Operation schon peritonitische Erscheinungen da waren. Nach der Operation schwanden allmählich die Zeichen von Peritonitis, höchste Temp. 38,4. Am 7. Tage erster Verbandwechsel, am 10. Tage Nähte entfernt, am 12. Tage stieß sich der Stumpf ab, vom 17. Tage normale Temperatur, volle Rekonvalescenz.

Dr. Fischer. Zurückbleiben von Eihauttheilen nach der Geburt. Er fand dasselbe in 42 unter 682 Fällen, d. h. 6,2%. Nach Anwendung des Credé'schen Handgriffes 5,6%, bei exspektativer Methode 7,3%; bei Erstgebärenden 9,1%, bei Mehrgebärenden nur 3,9%. F. meint, dass der Bau der Eihäute in der Ätiologie der Retention eine Rolle spielt, da von den 42 Fällen 29 Unregelmäßigkeiten im Wasserabfluss zeigten, 10mal vor Beginn der Wehen, 19mal zu spät nach vollkommener Eröffnung des Muttermundes. Von irgend aktiver Therapie sieht F. ganz ab, da das Wochenbett gut verläuft — allgemeine Erkrankungsziffer 6,1, nach Eihautretention 7,1. Die Hälfte aller Fälle absolut fieberlos, Blutungen nur in 4 Fällen von 42.

Dr. Bidder und Andrejew halten gleichfalls die Retention von Eihautstücken für gefahrlos, meinen aber, dass der Credé'sche Handgriff, wenn gewaltsam ausgeführt, wie es früher die Regel war, oft direkt Schuld an der Retention ist.

Dr. Ssutugin ist auch gegen aktives Eingreifen, hat nach 350 Fällen mit Credé'schem Handgriff 4mal, nach 350 Fällen mit exspektativer Methode 2mal Retention von Eihäuten gesehen.

Prof. Lazarewitsch hält Retention des Amnion für besonders ungünstig; als ätiologisches Moment weist er auf die Anteflexion des Uterus hin, die gleich nach Austritt des Kindes entsteht. Sind zurückgebliebene Eihäute leicht zu entfernen, so soll man es thun, wenn nicht, muss man sich auf Antiseptik beschränken.

Dr. Ott. Ovariotomie mit günstigem Ausgang, bei welcher sich bei der Eröffnung die Bauchhöhle ganz gefüllt fand von großen Massen gallertiger Colloidsubstanz, die aus der an der hinteren Wand gerissenen Cyste stammte.

Dr. Tarnowsky theilt einige statistische Ergebnisse aus der Zeit vor

und nach Anwendung der Antiseptik mit. Die Daten stammen aus den letzten 10 Jahren. Seiner Meinung nach haben normale Geburten keine Mortalität. Von 1872 bis jetzt hat sich die Sterblichkeit nach Zangenoperation um das 15fache, nach Wendungen um das 4fache verringert, obgleich am Gebärhause fast alle Operationen von jüngeren, weniger geübten Operateuren ausgeführt werden; die Verbesserung ist daher ausschließlich den Desinfektionsmaßregeln zuzuschreiben.

---

## 9) Aus den Verhandlungen der Société de Chirurgie de Paris.

Sitzung vom 4. und 11. November 1885.

Gillette und Richelot referiren über von ihnen ausgeführte vaginale Totalexstirpationen. Mit ihren Fällen werden in der Gesellschaft 8 von deren Mitgliedern ausgeführte Operationen bekannt, ein Beweis, dass die bei uns schon seit Jahren Bürgerrecht besitzende und mit durchgebildeter Technik ausgerüstete Operation bei unseren Nachbarn noch in den ersten Anfängen sich befindet, so dass auf die dort gemachten technischen Vorschläge und Modifikationen, die nichts Neues bieten, hier nicht eingegangen werden soll.

Terrier macht auf eine Arbeit von Quenn über Tumeurs végétants des ovaires aufmerksam und bestätigt die Angaben dieses Autors über bei Papillomen der Ovarien häufigen, nicht auf chronischer Peritonitis beruhenden und durch die Operation meist beseitigten Ascites.

Sitzung vom 25. November 1885.

An einen Bericht Richelot's über einen durch Laparotomie und einzeitige Incision bei schon bestehenden Adhäsionen geheilten Leberechinococcus, knüpft sich eine Diskussion, in der Terrier in einzelnen Fällen trotz Adhäsionen die Exstirpation ähnlich wie bei verwachsenen Ovarientumoren anräth, während Verneuil im anderen Extrem trotz 23% Mortalität und des geringen Schutzes gegen Recidive die Punktion, resp. Doppelpunktion mit sekundärer Durchtrennung der Brücke befürwortet. Die meisten Redner bevorzugen auch im Allgemeinen die Punktion und wollen nur in bestimmten Fällen die Laparotomie zulassen, ob ein oder zweizeitige Incision, Exstirpation etc. ist aus den Berichten (Journ. de société und Progrès méd. No. 48) nicht klar ersichtlich, nur Monod (No. 49) berichtet über eine Heilung bei einzeitiger Operation und Naht der Cyste an die Bauchwand nach Punktion und Aspiration des freigelegten Tumors. (Die deutsche Chirurgie hat schon seit Jahren auf Grund der Anregung Volkmann's durch die Operationsmethode unter antiseptischen Kautelen sich der Laparotomie als des sichersten Heilverfahrens der Leberechinokokken bedient und die Punktion wegen der ihr anhaftenden Gefahren der Autoinfektion der Peritonitis bei nicht aseptischem Inhalt der häufigen Recidive, die Unsicherheit der Doppelpunktion in Bezug auf Adhäsionsbildung bei exakter Antisepsis, nur für vereinzelte Ausnahmen beibehalten. Der jetzige Standpunkt dieser Frage gegenüber wird wohl unter vielseitiger Übereinstimmung von Lihotzki in der Ztschr. f. Chir., Bd. XXIII, präcisirt. Während die Doppelpunktion nach Neisser's Zusammenstellung 33% Mortalität ergiebt, hat L. 42 Fälle von durch ein- oder zweizeitige Incision behandelten Leberechinokokken gesammelt mit 4,8% Mortalität; nur 1 einzeitig Operirter starb in direktem Anschluss an die Operation; von den nach Volkmann Operirten keiner. Da die zweizeitige Operation der einzeitigen an Leistungsfähigkeit in jeder Beziehung gleich steht — die dagegen angeführten Gründe, deren Besprechung hier zu weit führen würde, sind nicht stichhaltig — bei geringerer Lebensgefahr und geringeren Anforderungen an die Technik des Operateurs, so giebt er ihr für die Mehrzahl der Fälle wohl mit Recht den Vorzug. Die Exstirpation kann selbstredend nur für ganz bewegliche gestielte Tumoren, die an der Leber sehr selten sind, in Betracht kommen, die Verallgemeinerung derselben von Terrier ist Ref. nicht klar. Ref.)

Sitzung vom 2. December 1885.

Jagond berichtet über einen Fall von Hymen imperforatus und Hämatometra. Heilung durch Incision ohne Narkose. Berger führt an, dass in solchen Fällen

bei zu schneller Entleerung Ruptur der häufig auch dilatirten Tube zu fürchten sei oder Zerreißung von Adhäsionen derselben, während unvollständige, langsame Entleerung zu Sepsis disponire. Zur Vermeidung der ersteren widerräth er Druck auf das Abdomen zur eventuellen Beschleunigung der Entleerung, so wie Chloroform wegen eventueller Brechbewegungen. Die von Kaltenbach und Hausmann vorgeschlagene prophylaktische Punktion der Hämatometra vom Rectum oder Abdomen aus, ist noch nicht ausgeführt. Homans hat 1mal wegen Ruptur Laparotomie mit Auswaschung der Peritonealhöhle und Ausgang in Heilung gemacht. Antiseptische Ausspülungen könnten Ruptur oder Resorptionsintoxikation hervorrufen.

Championnière verneint die Gefahr der Sepsis bei antiseptischen Kautelen. Einspritzungen seien bei genügend großer Incision weder quoad Resorption noch Ruptur zu fürchten.

Sitzung vom 23. December 1885.

Terrier referirt über einen von Defontaine mittels allmählich fester geschnürter elastischer Ligatur unter stürmischen Erscheinungen in 21 Tagen geheilten Fall von irreponibler Uterusinversion. Mehrere ähnliche Fälle mit günstigem Ausgange bei demselben Verfahren werden von den Anwesenden mitgetheilt.

**Hadra** (Berlin).

### 10) **Engelmann** (Kreuznach). Über antiseptische Wirkung des Essigs etc.

(Centralblatt für klin. Medicin 1886. No. 14.)

Gelegentlich der Behandlung einiger Diphtheritisfälle benutzte Verf. den Essig und hatte sehr guten Erfolg. Die antiseptische Wirkung des Essigs wurde nach den gewöhnlichen Methoden geprüft und übertraf alle Erwartung. Aus einer beigefügten Tabelle ersieht man, dass Essig betreffs seiner Wirkung auf Mikroorganismen höher steht als 2,5%ige Karbollösung. Angewendet wurde theils der gewöhnliche Essig, theils das officinelle Acetum innerlich 1 : 4; als Gurgelwasser 1 : 2 unverdünnt; als Spray 1 : 2—3; zum Pinseln unverdünnt. Verf. fordert auf, weitere Versuche mit diesem Mittel anzustellen. **Heilbrun** (Kassel).

### 11) **Howard A. Kelly** (Philadelphia). Entfernung zweier Fibroide des Cervix durch Laparotomie.

(Amer. journ. of obstetr. 1886. Januar. p. 44.)

Fälle wie der mitzutheilende werden als inoperabel betrachtet.

Die Kranke, 40 Jahre alt, hat zweimal geboren, einmal in Folge eines Falles im achten Monat. Danach Blutungen, wegen deren der Uterus ausgekratzt wurde, dieselben standen für einige Zeit, fingen dann wieder an. Es wird dann ein Polyp entfernt und kurz darauf nach Dilatation des Cervikalkanales eine Geschwulst gefunden. Dieselbe wurde von zwei deutschen Professoren für nicht operirbar erklärt. Derselben Meinung war ein bekannter amerikanischer Gynäkologe. Die Beschwerden der Kranken: Schmerzen, Blutungen nahmen zu, so dass sie um jeden Preis von ihren Leiden befreit sein wollte. Der Uterus oberhalb des inneren Muttermundes ist von normaler Größe und frei beweglich, er misst 3 Zoll. Der Cervix dagegen liegt fest eingekeilt zwischen mehreren harten, unregelmäßigen Geschwülsten. Das Rectum ist ebenfalls vollständig umwachsen und komprimirt, so dass mit Mühe die Spitze des kleinen Fingers eindringen kann. Rechterseits findet sich eine Geschwulst von Hühnereigröße im breiten Mutterband, nach vorn vom Cervix ein anderer Tumor von derselben Größe.

Die Leiden der Kranken hatten in Folge der Dysurie und Behinderung der Stuhlentleerung einen solchen Grad erreicht, dass ein Eingriff absolut nothwendig war.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand sich der Uterus fest eingekeilt in festen Exsudatmassen, so dass er nicht verrückt werden konnte. Die beiden Geschwülste wurden nach Durchtrennung des Bauchfells mittels Ekraseur abgetragen, wobei starke Blutung erfolgt; dieselbe wird mit dem Paquelin gestillt. Das ganze Bauch-

fell zeigt sich geröthet, rauh und uneben. Nach sorgfältiger Reinigung der Bauchhöhle wird ein Drain in den Douglas eingelegt und die Bauchwunde geschlossen.

Die Nachbehandlung bestand in täglicher Irrigation der Beckenhöhle mit Karbolwasser. Dieselben entfernten Mengen von Eiter. Danach trat jedes Mal große Erleichterung auf. Anfangs war das Sekret übelriechend, später rein. Nach zehn Tagen wird das Drainrohr entfernt, nach 14 Tagen vollständige Heilung. Die Untersuchung vier Monate nach der Operation zeigte, dass die Exsudatmassen geschmolzen waren, bis auf einen kleinen Rest zwischen den sacro-uterinen Bändern. Der Cervix ist vollkommen frei beweglich. **Engelmann** (Kreuznach).

12) **Meyer** (Vik, Norwegen). Eine Zangengeburt.

(Medicinsk Revue 1886. März.)

Verf. berichtet über einen Geburtsfall zur Illustration der anstrengenden Wirksamkeit eines Bezirksarztes in Norwegen. Nach mehreren Stunden harter Seereise, nach lebensgefährlichem Reiten längs einer Felsenwand kam er endlich zu der Kreißenden und fand — den tief im Becken stehenden Kopf des schon gestorbenen Kindes. Ein trauriges Resultat solcher Reise! Verf. referirt eben den Fall nur, um wie viele seiner Kollegen die Nothwendigkeit klar zu machen, dass die Hebammen in Norwegen (wie in Schweden) das Recht bekommen, unter gewissen Umständen die Zange anzulegen. **Ingerslev** (Kopenhagen).

13) **Mary Putnam Jacobi** (New York). Faradische Elektricität bei Rigidität des Muttermundes während der Geburt.

(Amer. journ. of obstetr. 1886. Januar. p. 36.)

Eine Primipara wird bei Frühgeburt im 7. Monat, im Zustande großer Erschöpfung in Folge langer Geburtsdauer in das New Yorker Krankenhaus gebracht. Es bestand hochgradige Rigidität des Muttermundes, die allen angewandten Mitteln, auch tiefer Narkose, Widerstand leistete. J. nimmt an, dass dieselbe bedingt sei durch die Erschöpfung der nervösen Kraft, welche den Uterus beeinflusst, analog dem Krampf der Darmmuskulatur bei Bleikolik. Im Falle diese Ansicht richtig ist, handelt es sich darum, die ermüdeten Muskelbündel durch lokalen Reiz anzuregen. Es wird daher die eine Elektrode eines Induktionsapparates an den Muttermund gesetzt, während die andere in der Hand der Kranken sich befindet und der Strom während 15 Minuten durchgeleitet. Unmittelbar nach der Applikation gelang es, den Finger in den bisher fest geschlossenen Muttermund einzubringen. Nach kurzer Zeit war derselbe derart nachgiebig, dass die Zange angelegt und die Geburt beendigt werden konnte.

**Engelmann** (Kreuznach).

14) **George Wherry** (Cambridge). Fall von Epitheliom des Uterus.

(Lancet 1885. November 21.)

Verf. entfernte bei einer noch nicht 24jährigen Frau wegenEdnothelioms das Collum uteri mit Schere und Ekraseur. Nach 1 Jahre sah er die Pat. wieder, ein Recidiv war nicht aufgetreten, aber es hatte sich nach und nach eine Stenose und später völlige Atresie des Uterus ausgebildet, in Folge dessen zur Zeit der Menstruation sehr große Beschwerden mit äußerster Empfindlichkeit und Schwellung des Abdomens auftraten. Es wurde eine Punktion des Uterus mit einem Recto-vesical-Trokar vorgenommen und viele Unzen Blut entleert. Nachher wurde ein Drainrohr eingeführt und unter aseptischen Ausspülungen schwanden die bedrohlichen Infektionserscheinungen und die Beschwerden. Geheilt wurde die Kranke jedoch nicht. Verf. sieht in solchen Fällen die eventuell vorzunehmende Entfernung der beiden Ovarien in Erwägung. **Düvelius** (Berlin).

---

**Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke** und **Büchersendungen** wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

**Zehnter Jahrgang.**

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 30.** Sonnabend, den 24. Juli. **1886.**




## Verhandlungen der ersten Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in München, 17.—19. Juni 1886.

Vorsitzender: Herr Winckel (München), Schriftführer: Herr Küstner (Jena).

### Skutsch (Jena). Über Beckenmessung. Eine Methode, alle Durchmesser des Beckens zu messen.

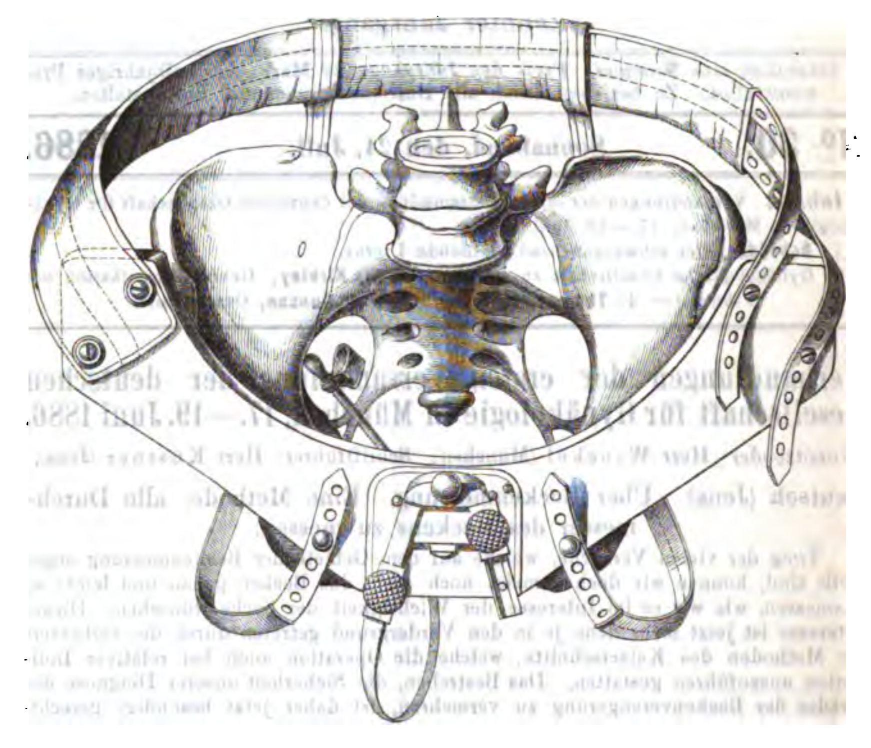
Trotz der vielen Versuche, welche auf dem Gebiete der Beckenmessung angestellt sind, können wir doch zumeist noch nicht das Becken genau und leicht so ausmessen, wie wir es im Interesse der Wichtigkeit der Sache wünschen. Dieses Interesse ist jetzt mehr denn je in den Vordergrund getreten durch die verbesserten Methoden des Kaiserschnitts, welche die Operation auch bei relativer Indikation auszuführen gestatten. Das Bestreben, die Sicherheit unserer Diagnose des Grades der Beckenverengerung zu vermehren, ist daher jetzt besonders gerechtfertigt.

Die älteren Methoden der Beckenmessung beschränkten sich fast ausschließlich auf Bestimmung der geraden Durchmesser. Eben so wichtig ist aber die Kenntnis der anderen Durchmesser, besonders der queren. Unsere Anforderungen können nur befriedigt werden durch Kenntnis der Enge oder Weite des gesammten Beckenkanals.

Vortr. bespricht ausführlicher die Methode von Küstner (Arch. f. Gynäk. Bd. XVII) über Messung aller Dimensionen des kleinen Beckens an der lebenden Frau, und die Methode von Freund, den Querdurchmesser des Beckeneingangs mittels eines biegsamen Bleistabes zu bestimmen; in diesen sind die Grundideen seiner Methode enthalten. Er ging von folgender Überlegung aus: Es gelingt zumeist nicht, beide Endpunkte der inneren Beckendurchmesser gleichzeitig der Messung mittels Zirkels zugänglich zu machen, weil die Scheide die dazu nöthige Spannung in der Regel nicht verträgt. Wenn es nun aber gelingt, die Lage im

Raum jedes der beiden Endpunkte in Beziehung zu einem dritten fixen Punkt nach einander zu bestimmen und dann außerhalb des Beckens die räumliche Beziehung beider Endpunkte zu dem gleichen fixen Punkt gleichzeitig darzustellen, so ist die direkte Messung mittels Centimetermaß gegeben. Dies ist durch folgenden Apparat erreicht.

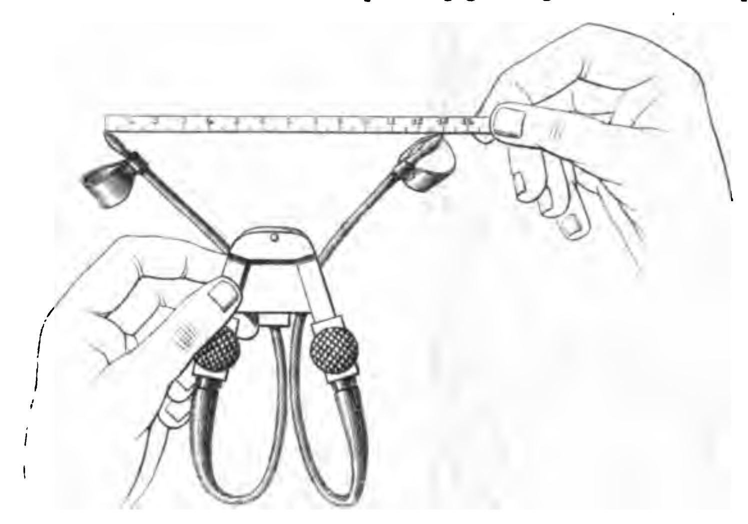
Am Abdomen der Frau ist durch Leibgurt und Schenkelriemen ein ausgekehltes, der Symphyse und den Spinae ant. sup. os ilei fest aufliegendes Brett befestigt. Auf dieses wird das stählerne Hauptstück des Apparates aufgeschoben, welches 2 schlittenförmige Ausläufer besitzt, die durch darüber zu schiebende Schieber gedeckt werden können. Nun wird in den einen Schlitten ein Stab aus reinem Blei (vernickelt) mittels einer an seinem einen Ende befindlichen in den Schlitten genau passenden Stahlschiene eingefügt und durch Herüberschieben des Schiebers unverrückbar fixirt. Das andere knopfförmige Ende des Bleistabes wird unter Leitung von Zeige- und Mittelfinger (Zeigefinger in einem vorn offenen



Fingerhut) in die Vagina und an dem einen Endpunkt des zu messenden Durchmessers (z. B. des Querdurchmessers des Beckeneingangs) hingebogen; nun löst die andere freie Hand den Schieber, der Stab wird frei, wird behutsam herausgenommen, so dass er seine Form beibehält und bei Seite gelegt. Ein ganz gleicher Bleistab wird jetzt in den anderen Schlitten eingefügt, in analoger Weise an den anderen Endpunkt des Durchmessers hingeführt und herausgenommen. Dann wird das Hauptstück vom Beckenbrett abgenommen und nun beide Stäbe in die Schlitten eingefügt, in denen sie sich vorher bei der Messung befanden. Hierauf wird mit Centimeterstab direkt die Entfernung beider Endpunkte gemessen.

Wie bei jeder organischen Messung kann man natürlich nicht mathematisch genaue Maße erlangen; doch sind die Fehlerquellen möglichst gering. Die Elasticität der Stäbe ist sehr unbedeutend. Besonders wichtig ist das sorgfältige Zurückführen der Stäbe, damit diese ihre Form genau beibehalten; die Finger müssen

gut abgemessenen Gegendruck leisten, während die gespannten Weichtheile in ihren Ruhezustand zurückzukehren suchen. Die Spannung der Vulva kann man eventuell durch kurze Seitenhebel und Rinnenspeculum eliminiren. Damit sich beide Stäbe beim Einsetzen in das Hauptstück gegenseitig nicht hindern, empfiehlt



es sich, den einen Stab möglichst in die rechte, den anderen in die linke Beckenhälfte zu leiten. Die angestellten Messungen an Schwangeren und Nichtschwangeren so wie an Präparaten zeigten, dass bei exakter Ausführung die Resultate befriedigende sind.

Instrumentenmacher Kirsche in Jena verfertigt den Apparat. Orig.-Ref.

Diskussion. Küstner zeigt einen neuen Beckenmesser mit Kugeln an den Enden, der das Messen der Querdurchmesser bequem gestattet. Besitze die Scheide die genügende Ausdehnungsfähigkeit, dass man die Beckenendpunkte berühren könne, dann müsse es möglich sein, auch die Endpunkte des Querdurchmessers mit einem Zirkel zu erreichen; in manchen Fällen aber besitze die Scheide diese Ausdehnungsfähigkeit nicht.

**Firnig** (Köln). Demonstration eines spondylolisthetischen Beckens.

Anna Sophie F., 25 Jahre alt, aus Apweiler, Kr. Geylenkirchen, Reg.-Bez. Aachen, wurde am 12. December 1885 aufgenommen.

Eltern beide todt. Vater eines plötzlichen Todes, Unglücksfall, gestorben, Mutter am Nervenfieber. Geschwister, deren sie mehrere gehabt, alle klein gestorben. Sie selbst will, mit Ausnahme eines Nervenfiebers vor 2 Jahren, stets gesund gewesen sein. Mit einem Jahre hat sie laufen gelernt, eine Angabe, die von den Anverwandten späterhin bestätigt wird. Mit 14 Jahren Eintritt der Periode, stets regelmäßig, 4—5 Tage dauernd, ohne bedeutendere Schmerzen. Anfangs April 1885 zum letzten Male Periode, einige Tage darauf zum ersten Male Coitus, der sofort zur Konception geführt hat. Unwohlsein. Erbrechen, Speichelfluss, Soodbrennen, Kopf- und Zahnschmerzen in dem ersten Monate.

Kindesbewegungen zuerst Mitte Juni, also gegen Ende des 5. resp. Anfang des 6. Monats. Lokalisirt werden die Bewegungen nicht. In den beiden letzten Monaten Athembeschwerden, die jedoch nicht hochgradig sind.

Pat. wurde am 11. Januar mit der sicheren Diagnose spondylolisthetisches Becken im ärztlichen Verein zu Köln vorgestellt.

Pat. ist 5 Fuß hoch, nicht gerade sehr kräftig gebaut, jedoch gesund. Regelmäßige, fast schön geschnittene Gesichtszüge. Am Knochengerüste keinerlei rachitische Veränderungen. Auf der Stirn Schwangerschaftsflecken. Brüste klein, etwas

hängend, mäßig gespannt. Drüsengewebe reichlich vorhanden. Warzenhof mittelgroß, reichlich mit Talgdrüsen besetzt. Warzen gut. Milch siekert aus. Brustorgane gesund. Abdomen ist sehr kurz. Starker Hängebauch, der die Schamspalte überdeckt. Unter demselben liegt die Schamspalte bei der stehenden Person zum größten Theile zu Tage. Zwischenraum zwischen letzter Rippe und Darmbeinkamm nur 2 Finger breit. Die Wirbelsäule verläuft in gerader Linie von oben nach unten und macht in der Hals- und Brustgegend die normale Biegung nach hinten und vorn. Die Lendenwirbelsäule ist sehr kurz und ist stark nach innen eingebogen. Das Kreuzbein, im Übrigen ziemlich normal konfigurirt, wie auch die ganze Beckengegend bei der äußeren Besichtigung, abgesehen von der sehr schwachen Neigung, keinerlei Abnormitäten bieten, springt mit seinem oberen Ende unter einem rechten Winkel von der Lendenwirbelsäule gerade nach hinten vor. Dieser treppenförmige Vorsprung ist 2—$2^1/_2$ cm breit und man kann bequem 2 Finger darauf legen. Sieht man die Person bekleidet umhergehen, so glaubt Jeder, dieselbe bediene sich des heut zu Tage unvermeidlichen Modeartikels, was jedoch in keiner Weise der Fall ist. Die äußeren Beckenmaße sind folgende: Cr. 29, Sp. 25, Tr. $31^1/_2$. B. von der vorspringenden oberen hinteren Spitze des oberen Kreuzwirbels genommen 19 cm, drückt man den einen Knopf stark ein in den Scheitel des rechten Wirbels, den der treppenförmige Vorsprung mit der Lendenwirbelsäule macht, so misst derselbe 16 cm. Bei der inneren Untersuchung, die in Chloroformnarkose vorgenommen wurde und die namentlich per rectum eine sehr genaue Betastung der inneren Beckenräume gestattet, kommt man zunächst auf das Steißbein, welches vom Kreuzbein fast rechtwinklig nach hinten abgeht. Das Kreuzbein verläuft nach oben und hinten eine kurze Strecke, die höchstens ihrer Länge nach den 3 untersten Kreuzwirbeln entsprechen würde, dann kommt man an einen mehr wie rechten Winkel, dessen vorderer Schenkel stark nach vorn ins Becken vorspringt. Vergleicht man die Höhe des inneren Winkels mit der Höhe des Treppenvorsprungs an der Außenseite in der Seitenlage, so liegt letzterer hier 3 Finger breit höher. Der innere Vorsprung verläuft ebenfalls etwa 3 Finger breit nach innen, um dann in einem Bogen weiter nach oben zu gehen. Dieser innere Vorsprung der Wirbelsäule ist seitlich vollständig frei, die Seitentheile des Kreuzbeins, so wie die Darmbeinschaufeln liegen weiter zurück neben dem Kreuzbein, so dass die Bogenlinie in ihrem Verlauf keine wahrnehmbaren Sonderheiten darbietet. Links oben neben der vorspringenden Wirbelsäule ist die Bifurkation der Aorta deutlich zu fühlen und ist auch weiter nach unten der Abgang der Femorales und Iliacae zu palpiren. Die geburtshilfliche Conj. diag. misst $7^1/_2$ cm.

Im Übrigen ergiebt die Untersuchung eine 2. Schädellage, lebendes Kind. Kopf über dem Eingange. Bei diesem Befunde (9. Monat; Conj. vera war 5 cm) gab es keine andere Möglichkeit, als Sectio caesarea. Am Montag den 11. Januar Vorstellung im med. Verein. In der Nacht von Dienstag auf Mittwoch stellten sich Wehen ein, die sehr rasch an Stärke zunahmen. Muttermund erweiterte sich jedoch sehr wenig. Kopf wird bei jeder Wehe fest gegen Schoßfuge und Wirbelsäule angestemmt, so dass bei langem Warten die Gefahr einer Uterusruptur sehr in Frage gekommen wäre. Am letzten Morgen wurde zur Sectio caesarea geschritten. Als antiseptische Kautelen waren vorhergegangen Ausspritzungen und Waschungen der Scheide mit 5%iger Karbolsäure, mehrfach während der Nacht. Vollbad der Pat. Bäder des Operateurs und Assistenten, Karboldusche, wie solche vor jeder Laparotomie genommen zu werden pflegen etc. Der Bauchschnitt wurde in der Linea alba bis 4 cm über den Nabel geführt. Der Uterus, der um seine Längsachse von rechts nach links rotirt war, durch die Bauchwunde vorgewälzt und die Bauchdecken mittels vieler Thymolgaze hinter dem Uterus zusammengehalten, so dass keine Eingeweidetheile zum Vorschein kamen. Dann wurde der Uterus median durch Längsschnitt möglichst tief, die Blase war darunter angewachsen, gespalten. Der Schnitt fiel gerade in die Placenta, die ganz an der vorderen oberen Uteruswand festsaß. Kind, Knabe, wurde an den Füßen extrahirt. Scheintodt. Schultze'sche Schwingungen. Lebt noch heute. Gewicht 3380 g. Kopfmaße 12, $8^1/_2$, $9^1/_2$, 10, $13^1/_2$. Uterus schlaff. Starke Blutung. Eisenchlorid. Induktionsstrom. Silber-

nähte. Zeltförmige Abkapselung durch Vereinigung des Lig. rotunda nach oben unter einander und nach unten mit dem Peritoneum parietale der Bauchdecken. Vernähung der Bauchdecken. Drainage durch Bauchdecken, Uterus und Orific. ext. durch Vagina. Orific. ext. sehr eng wieder kontrahirt. Ernährendes Klystier sofort. Pat. erholte sich rasch, Puls Anfangs frequent bis 116, vom 3. Tage zwischen 90 und 100. Temperatur normal bis zum 9. Tage. Am 9. Tage 39,8. Plötzliche Dyspnoe. Rasseln auf der rechten Lunge. Diagnose: Embolischer Lungeninfarkt. Am 12. Tage Exitus letalis.

Sektion bestätigte die Diagnose vollständig. Keine Spur von Peritonitis. Abkapselung perfekt.

Knöchernes Becken. Denkt man sich die Lendenwirbelsäule entfernt, so ist das Becken, abgesehen von der sehr schwachen Neigung und der daraus resultirenden Verengerung des Querdurchmessers des Ausganges, $8^1/_2$ cm, normal. Der obere Kreuzwirbel und der zweite zur Hälfte an der vorderen Fläche werden überdeckt vom Körper des letzten Lendenwirbels und ist vollständig knöcherne Verwachsung eingetreten. An der hinteren Seite sieht man den Dornfortsatz des letzten Lendenwirbels an seiner Stelle, darunter den Hiatus can. sacr. sup. weit geöffnet. Der Ring des Vertebralkanals des letzten Lendenwirbels ist über die obere Fäche des Kreuzbeins nach vorn bogenförmig herübergezogen. Seitlich sieht man die Seitenfortsätze des unteren Lenden- und oberen Kreuzwirbels angedeutet und vollständig abgeschliffen. Vollständig knöcherne Verwachsung ist eingetreten. Der Dornfortsatz des 4. Lendenwirbels steht weiter vorn, so dass man in den Kanal des letzten Lendenwirbels von oben hineinsehen kann. Auch der untere Seitenfortsatz des 4. Lendenwirbels ist mit dem oberen Seitenfortsatz des 5. Lendenwirbels knöchern verwachsen.

Lendenwirbelsäule stark nach vorn gebogen. Verbindet man die beiden Spinae ilei, so berührt diese Linie den oberen Theil des 2. Lendenwirbels. Der geburtshilfliche Vorberg ist zwischen 2. und 3. Lendenwirbel.

Vortrag wird in der nächsten Zeit mit Zeichnungen veröffentlicht. Orig.-Ref.

**Bumm** (Würzburg) demonstrirt an einer Kranken einen Apparat, bestehend aus Speculum und elektrischem Glühlicht, mittels dessen von der Scheide eventuell auch vom Rectum aus ein Theil des Abdominalinhaltes beleuchtet werden kann.

5. Sitzung, Sonnabend, 19. Juni Vormittags 8—11 Uhr.

Vorsitzender: Herr Winckel (München), Schriftführer: Herr Küstner (Jena).

**Schauta** (Innsbruck). Über Operation der Rectovaginalfisteln.

S. bespricht zunächst die zur Heilung der genannten Fisteln geübten Methoden: Anfrischung von der Scheide oder vom Rectum aus und Spaltung des Septum recto-vaginale unterhalb der Fistel und Perineoplastik.

Diese Fisteln sollen schwerer zu heilen sein, als Blasenscheidenfisteln. Nur Winckel ist entgegengesetzter Ansicht; er glaubt, dass sie desshalb nicht immer bei der ersten Operation heilen, weil das Septum recto-vaginale sehr dünn ist und schmale Anfrischungsflächen vorhanden sind und weil das Rectum nicht vollständig zu desinficiren ist. Vortr. hatte auch in einem Falle trotz verschiedener Methoden einen Misserfolg. Er machte in diesem Falle, weil die Scheide weit und schlaff war, anstatt unterhalb der Fistel zu spalten, die Kolporrhaphie. Die Fistel wurde nur im Grunde der Wunde durch Katgutnähte vereinigt, diese aber nicht bis durch die Rectalschleimhaut gelegt. Die Fistel wurde geheilt. Auch in seinem 2. Fall frischte er bei weiter schlaffer Scheide sofort nach Hegar an; die Fistel saß am Übergange vom mittleren zum unteren Theil. Vortheile dieser Operation sind, dass man breite Anfrischungsflächen bekommt, dass nur die vaginale Seite angefrischt, das Rectum nicht berührt, ferner das Septum recto-vaginale verstärkt und eine Barrière gegen das Eindringen von Mastdarminhalt in die Scheide geschaffen und endlich auch die Erschlaffung der Scheide geheilt wird. Nicht in allen Fällen werde die Methode ausführbar sein. Nicht alle Scheiden sind schlaff, nicht alle Fisteln, besonders die sehr großen, werden sich dazu eignen; aber die

meisten sind nicht sehr groß. Endlich werden nur im mittleren und unteren Drittel gelegene Fisteln sich dazu eignen, höher gelegene nur bei großer Erschlaffung.

Diskussion. Müller: In vielen Fällen verhindert die Ursache, die zur Fistelbildung führt, sowohl die Fistelheilung, als auch die Kolporraphie, weil es zur narbigen Entartung der hinteren Wand komme. Im Übrigen halte er die Methode für gut, weil sie breite Anfrischungsflächen schaffe und eine doppelte Nahtreihe gestatte.

Hirschberg hält die Methode für nichts Anderes, als eine breite, flache Anfrischung, wie Wilms bei Blasenscheidenfisteln that. Wenn man die Anfrischung bis zur Kolporraphie ausdehnt, dann soll man versenkte Nähte, fortlaufende Katgutnaht anlegen; die ganze Wundfläche würde sich dann besser vereinigen lassen.

Schauta beobachtete in seinen Fällen niemals narbige Veränderungen; anders ist dies bei den Blasenscheidenfisteln, die meist durch langdauernden Druck entstehen. Die Mastdarmscheidenfistel entsteht durch übermäßige Dehnung; Narben brauchen nicht zu entstehen.

## Küstner (Jena). Über Perineoplastik.

K. spricht zunächst über die Nothwendigkeit, jeden Dammriss, auch den kleinsten, zu nähen. Die vorderen Dammpartien stützen die vordere Scheidenwand; fehlten sie, dann bilde sich auch ein geringer Descensus der hinteren Wand als Folge der großen Succulenz zur Zeit der Entstehung des Risses. Außerdem können weißer Fluss, Pruritus und nervöse Störungen, die von den Dammschwielen ausgehen, sich einstellen. Bei bestehender Retroflexio uteri sei die Perineoplastik noch mehr indicirt, da die Pessare sonst keinen Halt haben. Unter 57 Fällen von Dammrissen bestand 23mal Retroflexio (40%). Vortr. bespricht nun die gebräuchlichen Operationsmethoden (trianguläre und Lappenoperationen) und erklärt sich für die Methode Freund's, da die meisten Dammrisse nicht median liegen, sondern neben der Columna rugarum ein- oder zweizipfelig hinaufgehen. Die Freund-sche Methode sei der Bischoff'schen vorzuziehen, weil sie mehr natürliche Verhältnisse schaffe und ein Frenulum gebildet werde. Von seinen 57 Fällen saß 14mal der Riss ziemlich median, bei 4 davon bestand auch ein medianer Riss der Portio vag., in 21 Fällen sah er diese komplicirenden Risse der Portio. Sei nun schon für die partielle Perineoplastik die zweizipflige Methode die beste, so gelte dies noch mehr für die totale Perineoplastik. Alle Misserfolge wurzeln in der Unnatürlichkeit der Methoden, weil man Theile zum Zusammenhängen zwingt, die nicht zusammengehören. Der Vorzug der Freund'schen Methode ist also der, dass sie die anatomische Zusammengehörigkeit der Theile möglich macht. Als Nahtmaterial empfiehlt er Silberdraht oder Silkwormgut. Katgut hält nicht lange genug Stand, Czerny'sche Seide ist zwar gut, aber sie drainirt aus der Wunde heraus und in die Wunde hinein; unbedeutende Eiterungen können dadurch entstehen als Folge der kapillaren Eigenschaften der Seidennähte. Silkworm hat diese Eigenschaft nicht; Eiterungen hat er mit demselben nicht mehr gesehen.

## Korn (Dresden). Über Perineoplastik.

K. hat das Material des kgl. Entbindungsinstituts bearbeitet und berichtet über 35 Fälle von kompleten Dammverletzungen. Risse, die nur den Sphincter ani betheiligten, wurden ausgeschlossen. 33 Pat. oder 94% wurden geheilt, d. h. mit voller Kontinenz entlassen. Eine Pat., bei der eine Rectovaginalfistel zurückgeblieben, entzog sich der weiteren Behandlung, bei der zweiten Pat. wurde trotz zweimaliger vollständiger Perineoplastik volle Kontinenz nicht erzielt. Von den 33 Geheilten mussten 4 (11%) sich einer Nachoperation unterwerfen (3mal Verschluss von Rectovaginalfisteln, 1mal neue vollständige Perineoplastik). In 20 Fällen (57%) prima reunio, bei einer Pat. fehlen nähere Angaben, bei 3 Pat. kam es zur Bildung von Rectovaginalfisteln, die sich spontan schlossen, ebenfalls bei 3 zeigten sich feine Damm-Rectumfisteln, die aber weder Koth noch Gase passiren ließen. Bei 2 Operirten ging ein Theil der Wundflächen am Introitus vaginae aus einander, ohne das Heilungsresultat zu beeinträchtigen. Von den 20 per primam Ge-

heilten waren 14 post partum nicht genäht, bei 3 fehlen hierüber die Angaben; umgekehrt von 11 vorher genähten heilten nur 3 per primam. Hier handelte es sich zudem nur um kleine Zerreißungen des Rectum. Angefrischt wurde in allen Fällen nach Simon-Hegar und dem entsprechend auch eine 3seitige Naht angelegt. Redner empfiehlt möglichst hoch in der Scheide die Anfrischung zu beginnen, um schon durch die obersten Scheidennähte eine Verdickung des Septum rectovaginale zu bekommen. Als Nahtmaterial wurde in fast allen Fällen Seide verwandt, nur neuerdings ist die fortlaufende Katgutnaht zur Anwendung gekommen, nachdem mit derselben bei frischen Zerreißungen gute Resultate erzielt (über 90% Primärheilungen bei einer Zahl von 300—400 Rissen). Redner näht jedoch nicht in der von Schröder angegebenen Weise; diese sei sehr schwer ausführbar; außerdem verspricht er sich einen exakteren Schluss bei Beibehaltung der dreiseitigen Naht. Er näht desshalb mit 2 Fäden: beginnt die 1. Naht in der Scheide und näht hier bis unmittelbar oberhalb des Endes des Rectumrisses. Alsdann vereinigt er mit einem 2. Faden, der auf der Rectumschleimhaut geknüpft wird, den Rectumriss. Nachdem sodann die Scheide bis zum Introitus vernäht — hierbei kann man beliebig viele Touren versenken —, soll der Damm nur oberflächlich genäht werden. Vor Anwendung von tiefen Dammnähten wird gewarnt. Einen weiteren Vortheil erblickt Redner in seinem Verfahren, in so fern er nicht mit einem übermäßig langen Faden zu arbeiten nöthig habe. Eines speciellen Falles wird gedacht, in welchem Redner bei Gelegenheit einer neuen Geburt einen seit 7 Jahren bestehenden großen kompleten Dammriss anfrischte und in seiner Weise vernähte.

Von den 35 Fällen wurde keiner vor Ablauf von 2 Monaten seit der Entstehung operirt, eine Pat. hatte ihr Leiden 23 Jahre getragen.

Was die Nachbehandlung anlangt, so ist in keinem Falle der Sphincter ani durchschnitten, in keinem Falle ein Rohr in das Rectum eingelegt worden. Vom 4. Tage an wurde regelmäßig für Stuhl gesorgt.

Diskussion über die letzten beiden Vorträge wird verschoben.

Hirschberg bemerkt zur faktischen Berichtigung, dass die Bezeichnung Simon-Hegar'sche Methode falsch sei; die 3seitige Naht sei nur von Simon gemacht.

**Olshausen** (Halle). Notizen über das klinische Anfangsstadium der Myome.

In einer Reihe von Fällen beobachtete Vortr. Symptome, die der Entwicklung der Myome vorauszugehen schienen. Die Kranken bekamen Schmerzen, die bei der Menstruation sich steigerten, ohne im Intervalle zu verschwinden; körperliche Bewegung vermehrte sie. Sie hatten den Charakter entzündlicher Schmerzen. Auch die Blase ist häufig schmerzhaft. Als 2. Erscheinungsreihe kamen hinzu Menstruationsanomalien (profuse Menstruation mit anteponirendem Typus). Endlich war der Uterus bei der Untersuchung stets druckempfindlich. In allen Fällen war genaue Abtastung möglich, andere Anomalien des Uterus waren auszuschließen, besonders irgend wie erkennbare Myome. Die Dauer dieser Erscheinungen war von vielen Monaten bis 1—2 Jahre. Dann ergab eine weitere Untersuchung eine Vergrößerung des Uterus und nach weiterer Beobachtung bemerkte man, dass ein Myom sich entwickelt hatte. Dann hörten die Erscheinungen auf, Schmerzen und profuse Blutungen verschwanden, oder ließen wenigstens bedeutend nach. Die Erscheinungen sind so zu erklären, dass entweder die ersten Anfänge der Myome schon existirten, oder aber dass die Reizzustände, die anhaltenden Kongestivzustände des Uterus das Primäre waren und zur Entwicklung der Myome Veranlassung gaben. Letzteres halte er für wahrscheinlicher. Dafür spricht, dass zahlreiche Kranke in späteren Jahren mit noch kleinen Myomen zur Beobachtung kommen und aussagen, dass sie starke Menstruationen schon sehr lange haben. Diese Kranken sind meist seit langer Zeit steril, primär oder sekundär.

Die Ansicht der Anatomen (Virchow, Cohnheim), dass Sterilität die Myome hervorrufe, sagt ihm nicht zu, für viele Fälle habe aber auch die Ansicht der Gynäkologen nicht viel für sich, nämlich für die Fälle, wo die Myome erst Ende

der 30er Jahre entstehen, die Sterilität aber schon lange existirt. Er halte für das Erste die Kongestivzustände des Uterus. Die dadurch erzeugten Blutungen führen durch Impotentia gestandi Sterilität herbei, nach weiterer Zeit führen sie zur Entwicklung von Myomen, oder zu allgemeiner Hyperplasie des Uterus. Er wolle jedoch keine allgemein gültige Erklärung für die Entwicklung der Myome geben.

Diskussion. Fehling fragt den Vortr., ob er nicht gesehen habe, dass in solchen Fällen, wo man den Beginn der Myome nachweisen kann, Jahre lang vorher auffallend geringe Menstruation vorherging, die vielleicht nur einige Stunden dauerte. Er sah einige solche Fälle und glaubt, dass die Menstruation aus ihm unbekannten Gründen nicht zum Ausbruch kam und dadurch die Myomentwicklung verursachte.

Olshausen hat solche Fälle nicht beobachtet, vielleicht weil er nicht darauf geachtet habe.

Winckel behält sich eine Erwiederung für später vor und erinnert an die Fälle, wo man nach Jahren die schon früher bestehenden Myome bemerkt habe.

Olshausen erwähnt noch, dass die schmerzhaften Erscheinungen intensiv und permanent waren.

## Wiener (Breslau). Über die Ernährung des menschlichen Fötus.

Vortr. erwähnt die verschiedenen Theorien, die über die Ernährung des Fötus bestehen und kommt zu dem Schluss, dass das Fruchtwasser kein physiologischer Bestandtheil der fötalen Nahrung sei, sondern dass letztere ausschließlich von der Placenta geliefert werde. Das Nährmaterial des Fötus bestehe aus mütterlichem Blutplasma und wahrscheinlich auch aus weißen Blutkörperchen. Die von vielen Seiten hervorgehobene Schwierigkeit des Übertritts der Blutbestandtheile, besonders des Albumins, ins fötale Blut bestehe nicht, da die an todten Membranen gewonnenen physikalischen Diffusions- und Filtrationsgesetze für die lebende Zelle keine Geltung haben. Cohnheim nennt das Gefäßendothel ein lebendes Gewebe, oder wenn man wolle, Organ mit einem zwar unbekannten, aber gewiss sehr regen Stoffwechsel. Höchstwahrscheinlich betheiligen sich die Gefäßendothelien aktiv an der Aufnahme der Blutbestandtheile und an der Abgabe derselben an die umgebenden Gewebe. Die gleiche aktive Betheiligung an der Aufnahme der mütterlichen Blutbestandtheile resp. an deren Abgabe an das Fötalblut dürfe man auch, wie bereits Werth bemerkt, für das Zottenepithel in Anspruch nehmen. Eine besondere Umwandlung der Nährstoffe, eine Art Verdauung derselben durch das Zottenepithel brauche dabei natürlich nicht stattzufinden. Das Vorhandensein einer sog. Uterinmilch in der menschlichen Placenta ist dem Vortr. sehr zweifelhaft; seine Untersuchungen an gehärteten Placenten sprechen dafür, dass die intervillösen Räume von Blut und nicht von Uterinmilch erfüllt sind.

Der Vortrag erscheint demnächst ausführlich.

Diskussion. Winckel fragt, ob alle intervillösen Räume von Blut erfüllt seien? Vortr. bejaht dies.

Frommel berichtet über eine Arbeit Davidoff's, der beobachtete, dass in der Darmschleimhaut das Epithel in einem Wucherungs- resp. Kernneubildungsprocess sich befinde und dass diese Kerne, die vollständig Lymphzellen gleichen, ins Gewebe und den Säftestrom gelangen. Fragt, ob Vortr. etwa am Zottenepithel Ähnliches beobachtet habe.

Wiener verneint dies.

Leopold: Bis jetzt ist noch nie der endgültige Beweis geliefert worden, dass in den intervillösen Räumen nicht Blut ist. Er halte auch jetzt noch an seiner früheren Ansicht fest, dass alle Zotten von Blut umspült werden.

## Schatz (Rostock). Über typische Schwangerschaftswehen.

Manchmal treten die Wehen eine Zeit lang regelmäßig ein, um nach einiger Zeit wieder zu sistiren und erst nach Wochen wiederzukehren. Eben so sieht man zuweilen, dass Mittel, welche in der Geburt die Wehenthätigkeit ganz entschieden beeinflussen, zu anderen Zeiten ganz wirkungslos sind, z. B. Chinin, Pilokarpin, Elektricität. Von 50 Schwangeren hat Vortr. in 5 Fällen in den letzten Wochen

der Gravidität die typischen Schwangerschaftswehen beobachtet. Dieselben kommen wahrscheinlich regelmäßig bei Schwangeren vor, werden nur nicht empfunden; sie treten in bestimmten Zeiträumen vor der Geburt ein und halten eine ganz specifische Periodicität ein. Diese ist nicht etwa eine 4wöchentliche, ja dieser Typus scheint nicht einmal der gewöhnliche zu sein. Diese Unregelmäßigkeit erinnert an die Menstruationsperiode nach der Geburt; auch da scheint der 4wöchentliche Typus nicht der gewöhnliche zu sein, sondern der 6wöchentliche, oftmals auch der 3wöchentliche. Diese Schwangerschaftswehen dauern einige Zeit, manchmal 12 bis 24 Stunden. Betreffs der Periodicität kann man nicht behaupten, dass die Geburt an den Menstruationstypus gebunden sei. Der Typus der Geburt und Menstruation sind zwei zwar ähnliche, aber durchaus zu trennende Vorgänge. Für beide liegt ein angeborener, oder im Organismus liegender Faktor zu Grunde. Die Hauptsache ist, dass bezüglich der typischen Wehen ein Centrum existirt, das nicht ein einfaches Erregungscentrum sein kann, sondern das doppelt zusammengesetzt ist, in so fern als neben einem Erregungs- unbedingt ein Hemmungscentrum vorhanden ist. Man müsse dies aus den Fällen schließen, wo Secale cornutum erst nichts nützt, dann in sehr starken Dosen zwar Wehen, aber nur für kurze Zeit hervorruft. Im Allgemeinen scheint es, dass das Wehenhemmungscentrum eine ganz bedeutende Wirksamkeit hat. Wahrscheinlich findet in bestimmten Perioden ein Nachlass der Thätigkeit dieses Centrums statt, der dann das Wehencentrum zur Wirkung kommen lässt. Auch für die Erklärung der Bildung des unteren Uterinsegments ist die Kenntnis des Wehenhemmungscentrums und der typischen Schwangerschaftswehen von Wichtigkeit. Man streitet sich, ob in den Fällen, wo in der Schwangerschaft schon ein unteres Segment sich gebildet hat, bereits Geburtsthätigkeit vorhanden war. Diese Frage ist überflüssig. Die typischen Schwangerschaftswehen können nicht bloß den oberen Theil des Collum, sondern den ganzen Cervix beträchtlich erweitern, ohne dass damit die Geburt einzutreten braucht, weil das Wehenhemmungscentrum selbst die Reize von dorther mit großer Energie unwirksam macht.

**Schatz.** Über die Bebrütung des menschlichen Eies.

Diejenigen Thiereier, welche außerhalb des mütterlichen Organismus bebrütet werden, werden bezüglich des Ortes, wo die erste Furchung entsteht, durch äußere Agentien wesentlich beeinflusst. Bei verschiedenen Eiern niederer Thiere sind es verschiedene Agentien, welche die Stellung, in der das Ei sich entwickelt, bedingen, bei den einen die Schwerkraft (Pflüger), bei anderen die Wärme, das Licht, der Sauerstoff. Bei den Säugethieren ist bis zu einem gewissen Grad dasselbe der Fall. Bei allen denjenigen Säugern, deren Eier eine Zeit lang frei beweglich im Uterus sind, befestigt sich die Nabelschnur immer an der Seite des Mesometrium (Mesenterium uteri). Mit dieser regelmäßigen Insertion hängt wahrscheinlich die ganze Entwicklung zusammen, sie bestimmt die ganz regelmäßige Stellung des Embryo im Ei. Es könnte sich auch das Ei im Uterus so drehen, dass die Nabelschnur zuletzt an eine bestimmte Stelle kommt. Schultze nimmt an, dass die Allantois an das Chorion an irgend einer Stelle herangeht und erst sekundär komme durch Entwicklung der Blutgefäße allmählich die Nabelschnur so weit herum, dass sie zuletzt doch auf der Placenta inserirt; nur ausnahmsweise komme sie bei Hindernissen nicht dorthin, wenn z. B. der Ductus omphalo-mesent. etwas adhärent ist. Bei den Thieren ist diese Vorstellung unmöglich, denn bei ihnen (Wiederkäuern) findet man im Uterus längs des Mesometrium auf beiden Seiten zwei Reihen Gebärmutterknöpfe. Die Nabelschnur würde dabei auf der äußeren Reihe der Gebärmutterknöpfe Halt machen müssen, findet sich aber regelmäßig auf den zwei mittleren Reihen. Noch mehr ist dies bei den Raubthieren der Fall, bei denen die Placenta gürtelförmig ist; bei ihnen ist ein einseitiger Zug der Allantoisgefäße und eine entsprechende Verschiebung der Nabelschnurinsertion gar nicht möglich. Die erste Insertion der Allantois muss auch die bleibende sein. Die Stelle der Nabelschnurinsertion muss also eine von vorn herein nach dem Gesetze einer Art Polarisation bestimmte sein. Es ist auch für den Menschen unwahrscheinlich, dass er allein eine Ausnahme mache. Das Ei hat entweder von

vorn herein eine bestimmte Stellung, oder es sind im Ei verschiedene Meridiane gegeben, die an sich gleichwerthig sind, von denen aber gerade bestimmte Meridiane durch ihre Lage bevorzugt sind und bleiben. In diesen entwickelt sich der Fötus. Einen weiteren Beweis für die schon primär angelegte Insertion der Allantois auf dem Chorion frondosum liefern die eineiigen Zwillingseier. Bei ihnen nimmt die Allantois jedes Zwillings die Hälfte der kugelförmigen Eiinnenfläche ein, während das Chorion frondosum nur den 4. bis 3. Theil der Eioberfläche besetzt hält. Würde nun eine Polarität im Ei fehlen (und die beiden Allantoiden gegenüber dem Chorion sich beliebig arrangiren können, so müsste in $^2/_3$ der Fälle eine Insertio velamentosa vorhanden sein; so häufig ist sie aber keineswegs. Es ist also auch bei ihnen eine ganz bestimmte Stellung bei der Entwicklung des Eies für den Fötus vorhanden.

## Wyder (Berlin). Über die Veränderungen der Uterusschleimhaut bei Fibromyomen.

Fibromyome sollen eine Disposition zu bösartigen Erkrankungen der Schleimhaut setzen können. Martin behauptete früher, dass diese Verhältnisse eine Indikation zur Totalexstirpation abgeben. Vortr., der eine Reihe von Fällen untersuchte. ist nicht dieser Ansicht.

Bei subserösen Myomen fand sich die Schleimhaut außerordentlich verdickt; als wesentlichste Veränderung zeigte sich eine sehr schöne glanduläre Endometritis. In einem Falle waren Polypen aus adenomatösem Gewebe vorhanden, 1mal war auf der einen Seite eine glanduläre, auf der anderen Seite eine interstitielle Endometritis.

Bei den interstitiellen Myomen müsse man 3 Gruppen aufstellen:

1) Wo die Tumoren von der Uterushöhle durch eine $^1/_2$—1 cm dicke Wand von der Uterushöhle getrennt waren.

2) Wo der Tumor unter der Schleimhaut sitzt, aber sie nicht vorbaucht.

3) Wo die Tumoren stark nach der Uterushöhle zu sich vorbauchen.

In der 1. Gruppe fanden sich unter 7 Fällen 1mal keine Veränderungen, 2mal Endometritis glandularis (Schleimhaut 4—10 mm dick), 3mal Endometritis interstit. In den meisten Fällen waren die Gefäße sehr zahlreich und dickwandig.

Bei der zweiten Gruppe waren die tieferen Schichten der Schleimhaut vollständig in Bindegewebszüge umgewandelt; in der Oberfläche ein stark dilatirtes Kapillarnetz mit dickwandigen Gefäßen.

Bei der 3. Gruppe fand sich Endometritis interstitialis.

Je dicker die Wand ist, welche den Tumor von der Uterushöhle trennt, desto mehr ist der Drüsenkörper entwickelt (glanduläre Endometritis), je mehr der Tumor der Schleimhaut sich nähert, desto mehr tritt der bindegewebige Charakter der Wucherung in der Schleimhaut hervor (Endom. interstit.). Auf der einen Seite findet man dann die Schleimhaut bindegewebig atrophirt, auf der anderen glandulär entwickelt. Bezüglich der Blutungsquelle ist zu erwähnen, dass man bei den subserösen Tumoren keine Veränderungen der Gefäße erwarten sollte. Es zeigte sich nun, dass, wenn nur Endometritis glandularis bestand, keine Blutungen in der vorhergehenden Zeit dagewesen waren. Bei den interstitiellen Tumoren, wo ausschließlich Endom. glandularis bestand, war ebenfalls keine Blutung vorhanden. Nur da war sie vorhanden, wo Endom. interstit. bestand. Die Blutung wird also da nicht vorkommen, wo das interglanduläre Gewebe vollkommen intakt ist, dagegen wird sie da vorkommen, wo beide Theile gleichmäßig wuchern (Endometritis fungosa), oder wo eine oder die andere Form sehr stark entwickelt, oder wo auf der einen Seite eine Endom. glandularis, auf der anderen eine Endom. interst. besteht. Durch Kompression der zahlreichen Gefäße kommt es zu venöser Stauung, es wird bluten, besonders wenn Drüsen und Gewebe gleichmäßig gewuchert sind. Ein Einfluss der Drüsen auf die Unterfläche ist nicht vorhanden; ihr Charakter ist gewöhnlich gutartig. Die Grenze zwischen Schleimhaut und Muskel ist intakt. Die Endometritis glandularis ist gutartiger Natur. Vortr. illustrirt seinen Vortrag durch Zeichnungen und Präparate.

**Hofmeier (Berlin). Demonstration von Präparaten.**

a) Uterus mit deutlich entwickeltem Kontraktionsring und unterem Uterinsegment. Die Uterina tritt an der Stelle ein, wo der Kontraktionsring und die feste Anheftung des Peritoneum ist.

b) Präparat von Extra-uterin-(Tuben-)Schwangerschaft, bei der nach einer Untersuchung Ruptur des Fruchthalters eingetreten war.

c) Uterus, durch Sectio caesarea am Ende der Schwangerschaft gewonnen, mit Tumoren, die gestielt von seiner hinteren Wand ausgingen, ins kleine Becken hineinragten und verwachsen waren. Anlegung des Gummischlauchs, Amputation des Uterus mit den Tumoren. Genesung.

**Schwarz (Halle). Über eine pathologische Affektion der Scheidenschleimhaut.**

Vortr. schildert eine bisher unbekannte Affektion. Der obere Theil der Scheide war erfüllt mit brüchigen, leicht blutenden Massen. Diese Massen wurden gebildet von Prominenzen, welche im oberen Theile der Vagina und an der Außenfläche der Portio vag. saßen. Sie erhoben sich mit scharfem Rand über die Unterfläche und machten wegen der starken Röthung den Eindruck von Granulationsgeschwülsten; sie hatten eine feine papilläre, sammetartige Oberfläche und reiche Gefäßbildung. Man konnte sie leicht von der Unterfläche losschälen, wobei ein kleiner Substanzverlust in der Schleimhaut entstand. An der auffallend verdickten Portio fand sich eine über groschengroße Erosion, die nur mit Argentum geätzt wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass diese Gebilde ganz aus Epithelzellen bestanden und ihrer Form nach den tieferen Scheidenepithelien glichen. Man bekam den Eindruck, dass die wuchernden tieferen Epithelschichten sich über die Oberfläche hervordrängten. Eine deutliche Grenze nach dem Vaginalepithel war nicht vorhanden. Er möchte diese Neubildung als multiples fungöses Epitheliom bezeichnen. Sie enthielt reichliche Kapillarblutgefäße an der Oberfläche. Nach 4 Monaten waren die Epithelwucherungen noch viel ausgedehnter. An der Portio war nun ein sehr verdächtiges Geschwür. Eine Einsenkung der Epithelien in die Tiefe war nicht zu finden, Papillarkörper nicht betheiligt. Totalexstirpation des Uterus und der oberen $^2/_3$ der Scheide. Reste der fungösen Bildung waren noch nach den Lig. lata hin vorhanden.

Ätiologisch erklärt er die Scheidenaffektion nicht als Infektion vom Cervix aus, doch sei in so fern ein Zusammenhang vorhanden, als beide Affektionen eine Folge des Reizes des krankhaften Uterussekretes waren.

Bezüglich der Grenzen, die bei der Totalexstirpation einzuhalten seien, entscheidet er sich in allen Fällen für dieselbe, und zwar, abgesehen von anderen Gründen, hauptsächlich desshalb, weil ein größeres Stück der Ligamente, in deren Bindegewebe häufig schon früh Carcinomkeime sind, mit weggenommen werden könne.

**Battlehner (Karlsruhe). Über Scheidenrisse.**

Bei einer 33jährigen IXpara, die immer spontan geboren, erfolgte bei der letzten spontanen Geburt eine rechtsseitige Uterusruptur und ein Scheidenriss, der an der vorderen Wand bis $2^1/_2$ cm über der Harnröhrenmündung herabreichte. Scheide von der Portio abgerissen. Die Blase vollständig abpräparirt, so dass sie vollständig in die Scheide hereinfiel; auch gegen die Harnröhrenmündung war die Blase vollständig abpräparirt. Soll man nun hier nach Kaltenbach die Laparotomie machen, oder soll man von der Scheide aus nähen? Vortr. spülte das Abdomen mit 2%iger Borsäurelösung aus und nähte dann die abgerissene Scheidenwand an die Portio an, dann die übrige Wunde. Ernährung durch Klysma. Verlauf gut, nur eine Blasenscheidenfistel blieb zurück. Räumliche Missverhältnisse waren im Becken nicht vorhanden; es konnte nur durch die früheren Geburten Scheide und unteres Uterinsegment sehr verdünnt, degenerirt gewesen sein. Der Kopf stand außergewöhnlich lange im Becken. Vortr. bemerkt noch, dass in solchen Fällen die Bauchhöhle sich reinigen und durch Drain und Kompressivverband der Bauchinhalt sich herausbefördern lasse.

**Küstner** (Jena). Über Cocain in der plastischen Chirurgie.

Vortr. wandte bei besonders schmerzhaften Operationen, besonders an der hinteren Kommissur Cocain an, in 20%iger Lösung. Unter 42 Fällen 8mal schlechte, 23mal gute Wirkung, keine Schmerzhaftigkeit beim Schnitt und Abpräpariren des Lappens; nachträglich aber wurden doch die Stiche der Nadeln gefühlt. 10mal absolute Anästhesie bis zu Ende. Empfiehlt das Cocain.

Credé dankt dem Vorsitzenden für die vortreffliche Leitung des Kongresses.

Winckel schließt den Kongress.

**Wiener** (Breslau).

---

## 1) **Schröder.** Der schwangere und kreißende Uterus. Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Geburtskunde unter Mitwirkung der Dr. Dr. Hofmeier, Ruge, Stratz.

Bonn, **M. Cohen & Sohn,** 1886.

»Durchschnitte durch die gefrorenen Leichen einer Kreißenden und einer Wöchnerin« ist der erste Abschnitt des Buches benannt. Sowohl die Beschreibung als die dazu gehörigen Zeichnungen bieten viel Interessantes und Neues, wenn auch die Befunde für die Verhältnisse an der Lebenden nicht ganz zu verwerthen sind wegen der pathologischen und postmortalen Veränderungen. Über die Lagerung des Uterus bei einer Frischentbundenen sind sich die Gynäkologen, so wie die Anatomen klar; die einen nach dem Befunde am Wochenbett, die anderen nach dem auf dem Sektionstische. Neben dem muskulösen Lig. retro-uterin. und rotund. sind es, wie S. bemerkt, die stark gefüllten Gefäße, die bei der Lebenden dem Organ eine gewisse Steifheit und hiermit die typische Vorwärtslagerung geben; fallen diese Kräfte post mortem fort, dann sinkt der Uterus und liegt in der Leiche auf der Wirbelsäule. Dieselben Verhältnisse gelten mehr oder weniger auch für den schwangeren Uterus.

In Bezug auf den Cervix zeigt der Durchschnitt der im Kreißen Gestorbenen in so fern Neues, als der ganze Cervix außerhalb des kleinen Beckens, d. h. tiefer als die Beckenausgangsebene liegt. Den Befund, dass die vordere Muttermundslippe mehr erhalten ist, als die hintere, hat jeder Geburtshelfer, wie S. bemerkt, oft genug beobachtet.

Der zweite Theil des Werkes stammt von Hofmeier und dient zur Aufklärung über den Cervix und über das untere Uterinsegment in anatomischer und physiologischer Beziehung. Nach einer einige Seiten füllenden kritischen Abhandlung der Ansichten anderer Autoren über diesen Punkt, bringt Verf. die Beschreibung einer Anzahl instruktiver Präparate. Zuerst ist es klar gelegt, dass der Cervix uteri bis zum letzten Augenblick der Schwangerschaft als Kanal erhalten bleibt, der gewöhnlich mit glasigem Cervixschleim angefüllt ist; möglich ist es jedoch, dass der Cervix während der Schwangerschaft mehr oder weniger trichterförmig eröffnet sein kann und zwar giebt Hofmeier für diesen Befund eine interessante Erklärung; vorangegangene Wehen sollen die Ursache hiervon sein, was mikrosko-

pisch der wellenförmige Verlauf der Muskelfasern an der erweiterten Stelle beweist.

Die zweite Frage betrifft die Berechtigung der gesonderten Bezeichnung »unteres Uterinsegment«, seine Herkunft und seine Verwendung. Hofmeier ist vollkommen davon überzeugt, dass der Theil zwischen Cervix und Uteruskörper eine eigene Benennung verlangen kann, da derselbe sich wesentlich von dem übrigen Theile des Uterus unterscheidet. Dann aber beweist Verf. aus anatomischen Thatsachen, die sowohl makroskopisch wie mikroskopisch vorhanden sind, dass das untere Uterinsegment nicht vom Cervix, wie andere Autoren behaupten, sondern vom Uteruskörper stammt. Was nun die physiologische Verwendung des unteren Uterinsegmentes anbelangt, so meint Hofmeier, dass nach Schatz während der Geburt der Uterus in einen stark ausgedehnten und damit für eine Ruptur genügend vorbereiteten passiven und in einen aktiven Theil, den darüber liegenden Körper zu trennen; die Stelle des Zusammentreffens dieser Theile ist bei guter Wehenthätigkeit auf dem Kreißbette durch die Palpation zu konstatiren und wird »Kontraktionsring« genannt.

Im folgenden Theile legen S. und Stratz ihre Ansichten über die Physiologie der Austreibungs- und Nachgeburtsperiode zu Tage. Die Ausstoßung des Fötus während der Austreibungsperiode wird besonders durch die Bauchpresse bewirkt, die wiederum angeregt wird durch die Wehen. Zu dieser Zeit der Geburt ist der Arzt vor Allem verpflichtet, die Thätigkeit der Bauchpresse zu reguliren. Die Anomalien zur Zeit der Austreibungsperiode und die Mittel, die zur Bekämpfung derselben angegeben sind, sind mehr oder weniger bekannt. Verf. betonen dann noch die Wichtigkeit der austreibenden Kräfte bei engem Becken.

Für die Nachgeburtsperiode gilt den Autoren die Ansicht als richtig, dass die Kontraktionen des Uterus die Lösung der Placenta nur vorbereitet; die eigentliche Lösung derselben erfolgt erst dann, wenn der Druck im Uterus erheblich gesunken ist. Es kommt zwischen Uteruswand und Placenta zu einem Bluterguss, der eine Inversion des fötalen Theiles der Placenta in der Mitte derselben zur Folge haben kann und dann tritt dieselbe auf die von Schultze angegebene Weise in die Vulva, oder der Erguss bewirkt eine allmähliche Ablösung der Placenta nach dem tiefer sitzenden Rande zu und dann tritt dieselbe eben mit diesem Rande zuerst in die Vulva. So kann die Placenta also spontan oder durch die Bauchpresse allein geboren werden. In anderen Fällen wird die gelöste Placenta von dem mehr oder weniger verengten unteren Uterinsegment aufgehalten und kann dann durch Zug an der Nabelschnur oder durch leichten Druck auf die Gegend des Kontraktionsringes nach außen befördert werden. In Fällen, in denen die Placenta nur theilweise gelöst ist, bietet der Credé'sche Handgriff ein sicheres Mittel zur vollkommenen Lösung und Entfernung.

von Lukowicz (Breslau).

# Kasuistik.

## 2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Dresden.

117. Sitzung am 1. April 1886.

Vorsitzender: Herr Leopold, Schriftführer: Herr Bode.

Zu Mitgliedern werden gewählt die Herren DDr. Korn und Michael.

I. Herr Korn: Über subkutane Kochsalzinfusion bei akuter Anämie.

Redner hat in einem Falle hochgradigster Anämie (Bewusstlosigkeit, keine Reaktion, Puls nicht mehr fühlbar) mit überraschendem Erfolge 1 Liter einer 0,6%igen Chlornatriumlösung unter die Haut einfließen lassen, und schildert die Leichtigkeit der Ausführung. Der Vortrag soll in extenso veröffentlicht werden.

Diskussion. Herr Bode erinnert an die neuerdings wieder aufgetauchten günstigen Bestrebungen bei chronischer Anämie (Martinetti in Florenz), eben so wie bei akuter Anämie (Chiara), Heilung durch subkutane Applikation von Eisenpräparaten zu erreichen. Man müsse an dieses Verfahren zurückdenken bei Chlorotischen, wenn deren Magen Eisen absolut nicht verträgt, und scheint der Liquor ferri albuminati Drees ein dazu geeignetes Präparat zu sein.

Er hat mehrfach, zumal bei einem Falle akuter Anämie nach Placenta praevia durch die intrarectale Kochsalzinfusion mit schnellstem Erfolge große Mengen von Flüssigkeit rasch zur Resorption bringen sehen.

Alsbald nach der Schwarz'schen Publikation sah er eine der ersten direkt in die Gefäße geleiteten Kochsalzinfusionen durch Herrn Prof. Winckel ausführen und zwar centrifugal in die Arteria radialis. Bei der durch Uteruskrebs akut anämischen Frau ließen sich Anfangs ca. 400 g Flüssigkeit leicht infundiren, und Pat. erholte sich anfänglich aus dem schweren Collapszustand. Von da an aber versagte die weitere Infusion vollständig, und die Sektion wieß Lumenverengerung der Arterienverzweigungen bei der mit Sklerose behafteten Pat. nach.

Gelegentlich eigne sich auch die Bauchhöhle, um von ihr aus bei Anämie genügende Flüssigkeitsmengen zur Resorption zu bringen. Wenigstens schreibt er die rasche Hebung der Cirkulationsverhältnisse in einem kürzlich von ihm durch Laparotomie operirten Falle der Resorptionskraft des Peritoneum zu. Bei der mit doppelseitigen cystösen Ovarialtumoren und kleineren Myomen des Uterus behafteten Pat. wurde vergeblich in langdauernder Operation versucht, den linksseitigen intraligamentären Ovarialtumor vollständig herauszuarbeiten. Der in seinem intraligamentären Theile maligne Tumor zeigte sich so brüchig, dass massenhaft grützbreiähnlicher Cysteninhalt in die Bauchhöhle überfloss und es nur mit knapper Noth und nach starkem Blutverluste gelang, aus dem brüchigen Geschwulstrest einen Stiel zur extraperitonealen Versorgung zu bilden. Durchspülen der ganzen Bauchhöhle mit großen Mengen von Kochsalz-Salicyl-Lösung, von der absichtlich ein Überschuss in der Bauchhöhle zurückgelassen wurde. Auffallend rasche Erholung aus schwerem Collapse und reaktionsloser Heilungsverlauf.

Herr Hesse bezeichnet die Versuche der subkutanen Applikation von Liqu. ferri dialys. album. als wenig aufmunternd.

Herr Korn verneint auf eine Anfrage hin, dass Abscesse der Infusionsstellen in seinem Falle aufgetreten seien. Er erinnert daran, dass eine peripher ausgeführte intraarterielle Infusion Anämie des betreffenden Gliedes, selbst bis zur Gangrän herbeiführen könne.

Herr Meinert bedient sich mit Vorliebe des natürlichsten Weges, um dem Körper große Flüssigkeitsmengen zuzuführen, und lässt, falls nicht Bewusstlosigkeit dies hindert, große Mengen von NaCl-Lösung trinken. Er giebt die Kochsalzlösung jetzt allen Laparotomirten schon am 1. oder 2. Tage und lässt schon Tage lang vor der Operation etwa 2 Liter pro Tag trinken, wenn zu erwarten steht, dass bei der Operation starker Blutverlust eintritt. Die Kranken könnten dann ihre blutleeren Gefäße füllen durch die in den Geweben überschüssig angespeicherten Wassermengen, und habe Redner auch beim Trinken der Lösung nach der Operation Erbrechen nie auftreten sehen. Seine günstigen Erfolge erstrecken sich bis-

her auf 10 Laparotomien. Physiologische Versuche nach Unterbindung der Ureteren hätten bewiesen, dass das Gewebswasser durch Trinken sich bedeutend vermehren lasse.

An der Diskussion über diese Meinert'schen Mittheilungen betheiligen sich die Herren Leopold, Bode, Marschner und Schütze. Es wird geltend gemacht, dass kein Grund vorliege, allen zu operirenden Pat. vorher Kochsalzlösung zu geben, da erfahrungsgemäß die Mehrzahl der Operirten sich ohne diese prophylaktische Flüssigkeitszufuhr doch ganz wohl fühlten. Bedenklich aber sei, dass in einzelnen Fällen der an und für sich nach der Operation so quälende Durst durch die Kochsalzlösung noch gesteigert werden könne. Ferner sei nicht einzusehen, warum nach der Operation auftretendes Erbrechen durch das Trinken der Kochsalzlösung nicht verstärkt oder warum es sogar dadurch beseitigt werde, während das Verabreichen kleiner Eisstückchen sowohl Durst als Erbrechen ziemlich prompt beseitige.

Das von Meinert angezogene Experiment mit der Ureterenunterbindung sei nicht beweisend für die Klinik, da bei den zur Operation Bestimmten gerade eine normale Nierenfunktion und Harnsekretion vorausgesetzt werde. Es sei aber auch bedenklich durch gewaltsame Überfüllung des Gefäßsystems der Herzkraft, welche nach längeren Operationen so schon zur Erlahmung neige, nicht unerheblich vermehrte Anstrengung noch zuzumuthen.

Dem Einwand Herrn Meinert's, dass es sich nicht um eine Mehrbelastung der Gefäße sondern um eine Flüssigkeitsvermehrung des Gewebes handele, wird entgegengehalten, dass das Gefäßsystem die Vermittelung übernehmen müsse, dass es aber zumal der physiologischen Anschauung widerspreche, ohne Drucksteigerung im Gefäßsystem eine Vermehrung der interstitiellen Flüssigkeit zu erreichen.

Herr Meinert hält an seiner Anschauung fest, dass es wohl möglich sei mit seiner Methode auch bei Gesunden so viel Flüssigkeitsüberschuss der Gewebe zu erreichen, dass derselbe bei starken Blutungen zum Ersatz ausreiche. Allerdings handele es sich in seinen Fällen ja um abnorme Verhältnisse, da die Pat. meist vorher anämisch waren.

II. Herr Hesse spricht über die verschiedenen Behandlungsweisen der Lageveränderungen des Uterus und den Nutzen derselben. In der Hauptsache werden nur die Deviationen nach vorn, rückwärts und unten berücksichtigt. Die Lageveränderungen sind zu gewissen Zeiten der Behandlung am zugänglichsten, dann nämlich, wenn sie frisch sind, oder im Anschluss an eine vor oder rechtzeitige Schwangerschaft.

Die Hauptschwierigkeit liegt in der Behandlung der Fälle von längere Zeit bestehenden Lageveränderungen, da dieselben zwar häufig beseitigt werden können, aber nach kürzerer oder längerer Zeit sich wieder einstellen. Gewisse Lageveränderungen sind nur durch operative Eingriffe heilbar, dahin gehören vor Allen diejenigen nach unten (Winckel). Die Köberlé'sche Operation: Laparotomie und Einheilung des retroflektirten Uterus in den unteren Wundwinkel, eben so jene von Sims und von Simon zur Beseitigung von Anteversion und Anteflexion, die Verkürzung der Ligamenta rotunda etc. werden kurz besprochen.

Die Behandlung mit Pessarien bringt den Pat. häufig Erleichterung, führt aber selten zur definitiven Heilung. Es ist als ein Fortschritt anzuerkennen, dass von der Schablonenbehandlung mittels Pessarien immer mehr und mehr abgesehen wird und dass andere Methoden versucht werden. Dahin gehört zunächst die statt der Pessarien häufig mit Nutzen verwendbare Tamponbehandlung, die besonders von Mundé als bestes Mittel zur Wiederherstellung des Tonus erschlaffter Vaginalwandungen empfohlen wird. Ein weiterer Nutzen liegt in der Möglichkeit mit ihnen therapeutische Mittel zur Beförderung der Resorption zu verbinden. Die Behandlung durch Einnehmen einer bestimmten Lage, insbesondere der Knie-Brustlage findet bei den Kranken aus leicht erklärlichen Gründen wenig Anklang; Gutes darf man in frischen Fällen von Retroflexion von der Bauchlage erwarten. Massage, schwedische Heilgymnastik und Elektricität sind diejenigen neueren Behandlungsmethoden, mit Hilfe deren schöne Erfolge erzielt werden, und

scheint besonders auch die Kombination von Tamponade mit Massage zweckmäßig, indem durch erstere der für die letztere nothwendige Gegendruck in der Vagina erhalten werden kann. Die Anregung der Massage auf die Blut- und Lymphbewegung bedingt, dass sie sich bei einer passenden Auswahl von Fällen und bei noch zu vervollkommnender Technik einen dauernden Platz in der Therapie der Frauenkrankheiten erringen wird (Chrobak). Das Eintreten von Schwangerschaft ist für definitive Heilung besonders der Retroflexionen von günstiger Prognose. Nicht selten begünstigt die Anwendung der vorher erwähnten Methoden das Eintreten von Schwangerschaft und die durch letztere herbeigeführten Veränderungen in den Geweben bedingen dann die definitive Heilung.

Diskussion auf die nächste Sitzung verlegt.

---

### 3) **C. A. Kirkley** (Toledo, Ohio). Ein Fall von Uterusfibroid, welches Geburt komplicirt; Kraniotomie; Tod.

(Amer. journ. of obstetr. 1886. Januar. p. 49.)

Primipara, 35 Jahre alt, gesund, keine Blutungen. Geburt langsam, doch scheinbar normal. Wegen Wehenschwäche und Erschöpfung wird die Zange leicht angelegt. Trotz Stunden dauernder Bemühungen rückt der Kopf nicht weiter. Wendung versucht ohne Erfolg, hierauf Kraniotomie; auch nach Entleerung des Schädels gelingt es erst nach kolossalem Kraftaufwand, die Frucht zu entwickeln. Beim Eingehen in die Uterushöhle findet sich eine Geschwulst, welche beinahe gänzlich dieselbe ausfüllte. Keine Nachblutung. Die Kranke stirbt 12 Stunden nach der Entbindung. **Engelmann** (Kreuznach).

### 4) **R. Thomas** (New York). Fall von vikariirender Menstruation, welche Lungenphthisis vortäuschte; Heilung.

(Amer. journ. of obstetr. 1886. Februar. p. 141.)

Der Fall betraf eine 40jährige Frau, welche seit Jahren an Bluthusten litt und die in der Ernährung sehr herabgekommen war, so dass Schwindsucht angenommen wurde. Die Lungen zeigten sich vollkommen frei, bei der Vaginaluntersuchung wurde jedoch konstatirt, dass der Cervikalkanal geschlossen war. Derselbe wird mittels spitzen Höllensteinstiftes eröffnet, es ergießt sich eine Menge schwarzen nicht übelriechenden Blutes. Der blutige Auswurf hörte mit Eintritt der nächsten Menses vollständig auf. **Engelmann** (Kreuznach).

### 5) **William Duncan** (London). Ovariotomie.

(Lancet 1885. November 7.)

Es wird berichtet über einen Fall von Ovarialtumor, der 1) wegen Ähnlichkeit mit Schwangerschaft und 2. wegen Abfließens von ascitischer Flüssigkeit aus einer Nabelfistel interessant erscheint. Die 28jährige Frau kam in Behandlung, nachdem 6 Monate zuvor die früher regelmäßig eingetretenen Menses ausgeblieben waren. Sieben Wochen vor der Aufnahme hatte sich am Nabel eine Blase gebildet, die aufbrach und ascitische Flüssigkeit entleerte. Die Haut um den Nabel war entzündet. Die früher auf Extra-uterin-Schwangerschaft gestellte Diagnose wurde umgestoßen auf Grund des Punktionsergebnisses, wegen Fehlens von Vergrößerung des Uterus, der normal groß vorn, hart hinter der Symphyse gefühlt wurde. Im Abdomen etwas freie Flüssigkeit. Die Ovariotomie verlief ohne besondere Schwierigkeiten, Verwachsungen bestanden nicht, auch war die Cyste mit der Nabelfistel nicht verwachsen. Die Pat. ist genesen. **Düvelius** (Berlin).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 31.** **Sonnabend, den 31. Juli.** **1886.**



(Aus der Privatanstalt des Herrn Dr. A. Martin in Berlin.)

## I. Exstirpation eines grofsen polypösen Myom des Corpus uteri durch Laparotomie.

Von

Dr. med. **W. Nagel.**

Die althergebrachte Methode der Entfernung von mehr oder wenig breitstielig inserirten, polypösen submukösen Myomen des Corpus uteri, die Enukleation per vaginam, ist wohl nur dann anzuwenden, wenn der Stiel leicht zu erreichen ist, also nur in Fällen, wo es sich um kleinere Geschwülste handelt und der Cervixkanal durchgängig oder der Tumor schon zum Theil in die Vagina geboren ist.

Bei größeren Polypen kann das Auffinden des Stieles und die Anlegung einer Unterbindungsligatur oder des Ekraseurs oder der galvanokaustischen Schlinge über den großen Tumor hinweg mit eminenten Schwierigkeiten verbunden sein. Immer muss man darauf gefasst sein, den invertirten Uteruskörper oder sonstige Gebilde mit dem Stiel zugleich zu durchtrennen mit allen daraus resultirenden verhängnisvollen Zuständen.

Die Schwierigkeit der Extraktion des Polypen wächst mit der Größe desselben und es entstehen bei der gewaltsamen Entwicklung zu leicht Zerreißungen des Uterus und der Vagina, deren Ausdehnung man vorher gar nicht bemessen kann, und da es in der Regel unmöglich ist, das Operationsfeld vorher genügend zu desinficiren, sind hiermit der Sepsis Thor und Thür geöffnet. Unter anderen Beispielen für das eben Gesagte hat Herr Dr. Martin den folgenden Fall beobachtet, der ihn zuerst dazu bestimmte, für die Entfernung derartiger großer Polypen per vaginam auf andere Wege zu sinnen.

Frau H., 49 Jahre alt, hat einmal und zwar vor 19 Jahren geboren. Seit einem

Jahre litt sie an starken Blutungen, wodurch Pat. äußerst anämisch geworden ist. Der Tumor, dessen Spitze von dem vergrößerten Fundus uteri gebildet wurde, reichte bis zu Nabelhöhe und war zum Theil in die Vagina, diese extrem ausfüllend, geboren. Am 22. August 1876 wurde die Enukleation per vaginam vorgenommen. Die Operation war äußerst schwierig, schließlich gelang doch die Entwicklung des fast mannskopfgroßen Polypen mittels Forceps und ähnlicher Zuginstrumente. Der Verlauf war ein ungünstiger. Unter zunehmendem Collaps bildete sich eine totale Nekrose der Scheiden-Mastdarmwand, als deren Ursache theils die hochgradige Anämie, theils die Verletzungen bei der sehr schwierigen Entwicklung angesehen werden mussten. Am 3. Tage post operationem trat Exitus letalis ein. Die Sektion bestätigte den oben angeführten Befund; die Insertionsstelle wurde durch eine glattwandige Wunde des Corpus uteri markirt.

Diese Krankengeschichte verdanke ich den Privataufzeichnungen des Herrn Dr. Martin.

Gegenüber der Schwierigkeit und Gefährlichkeit der Entfernung von submukösen Myomen per vaginam scheint die Exstirpation per laparotomiam günstige Chancen zu bieten, indem man die Desinfektion, so wie die Kontrolle der Insertionsstelle und der Blutung möglichst genau durchführen kann. Als Beleg hierfür diene der folgende Fall, welcher am 10. Juli 1886 von Herrn Dr. Martin operirt und mir zur Veröffentlichung freundlichst überlassen worden ist.

Frl. K., 55 Jahre alt, will ungefähr seit dem Jahre 1870 an starken Blutungen im Anschluss an die Menses gelitten haben. Seit etwa 2 Jahren soll in der Zwischenzeit übelriechender Ausfluss bestanden haben, der namentlich in den letzten 6 Monaten sehr zugenommen hat. Erste Menses mit 14 Jahren, stets regelmäßig alle 4 Wochen, ziemlich stark. Letzte Menses im August 1884.

Appetit in den letzten 3 Wochen schlecht. Stuhlgang oft diarrhoisch; in früheren Jahren bestand zuweilen Urindrang. Massenhafte aashaft stinkende Absonderung, die oft blutig tingirt ist.

Am 7. Juli fand die erste Untersuchung, und zwar in der Chloroformnarkose, statt; dieselbe ergab folgendes Resultat:

Große, knochenstarke Person mit anämischem Fettpolster.

Hinter den dicken Bauchdecken ragt eine harte, knollige Geschwulstmasse bis über Nabelhöhe empor, die sich ziemlich breit bis tief in das Becken hinein verfolgen lässt. Es sind keine Geräusche daran wahrnehmbar. Die Spitze der Geschwulst wird eingenommen durch einen halb faustdicken Absatz (Corpus).

Introitus vaginae virginal; dicht dahinter stößt der Finger auf eine Geschwulst, welche mit glatter derber Oberfläche versehen, sich ringsum frei von der Scheide abhebt. Die jungfräuliche Enge lässt nur eine Konstatirung dieser Thatsache zu; es gelingt nicht, bis zur Spitze der Geschwulst emporzudringen. Aashaft stinkender Eiter entleert sich in großen Massen.

Nach 3tägiger gründlicher Desinfektion und nachdem die seit Jahren in der Anstalt üblichen Vorbereitungen, um die Operationen, in specie die Laparotomien, möglichst aseptisch zu gestalten, in gewohnter Weise getroffen waren, wurde dann am 10. Juli 1886 Vormittags 11 Uhr zur Operation geschritten. Die Bauchhöhle wird durch einen Schnitt in der Linea alba rasch eröffnet, wobei mehrere Arterien mittels Péan'scher Klammern versorgt werden müssen. Sämmtliche Gedärme werden eventrirt und in ein lauwarmes Karboltuch gehüllt. Das Corpus uteri liegt vorn oben und lässt sich unschwer ohne Zangen etwas nach oben ziehen. Nachdem der Uterus in Schwämme eingebettet, wird das Corpus stark nach vorn gezogen und die nun besser zugängliche hintere Wand gespalten. Dieser Schnitt blutet wenig. Aus dem eröffneten Cavum entleert sich reichlicher übelriechender Eiter. Der Schlitz wird nach unten erweitert und hier beide Ränder mit Kugelzangen gefasst, da sich einzelne spritzende Arterien zeigen. Nun wird der Tumor mit Muzeux'schen Zangen gefasst und hervorgewälzt; derselbe inserirt mit einem dicken Stiel an der vorderen Wand des Corpus. Die Mucosa wird an der Insertionsstelle mit den Fingern abgelöst und der Stiel enukleirt. Geringe Blutung.

Nach sehr ausgiebiger Desinfektion der Höhle, gründlicher Auskratzung der Mucosa und Durchspülung per vaginam werden die Wundränder resecirt und mit

fortlaufendem Seidenfaden genäht. Corpus uteri zieht sich in seinem unteren Segment allmählich zusammen, obwohl kein deutlicher Kontraktionsring sich markirt; da aber im rechten Parametrium eine harte Infiltration besteht, sinkt der Uterus nicht vollständig ins kleine Becken hinein. Die Blutung steht vollständig nach wenigen Knopfnähten und die Gedärme werden reinventrirt. Nachdem Operateur sich nochmals mittels Stielschwämmen überzeugt hat, dass die Blutung vollständig steht, wird die Bauchwunde geschlossen. Dauer der ganzen Operation 32 Minuten.

Der Tumor präsentirt sich als reines Myom und wiegt 940 g. Länge 16, Breite 12 Dicke 8 cm. Die mikroskopische Untersuchung der abgekratzten Schleimhaut ergiebt trotz der furchtbar massenhaften und zersetzten Sekretion nur eine mäßige kleinzellige Infiltration des interstitiellen Bindegewebes bei starker Gefäßinjektion. Drüsen verhältnismäßig klein und spärlich.

Der Verlauf ist ein reaktionsloser. Bis heute — der 14. Tag nach der Operation — keine Temperaturerhöhung und normaler Puls. Darm funktionirt gut. Pat. hat das Bett verlassen. Uterus hat sich gut zusammengezogen.

---

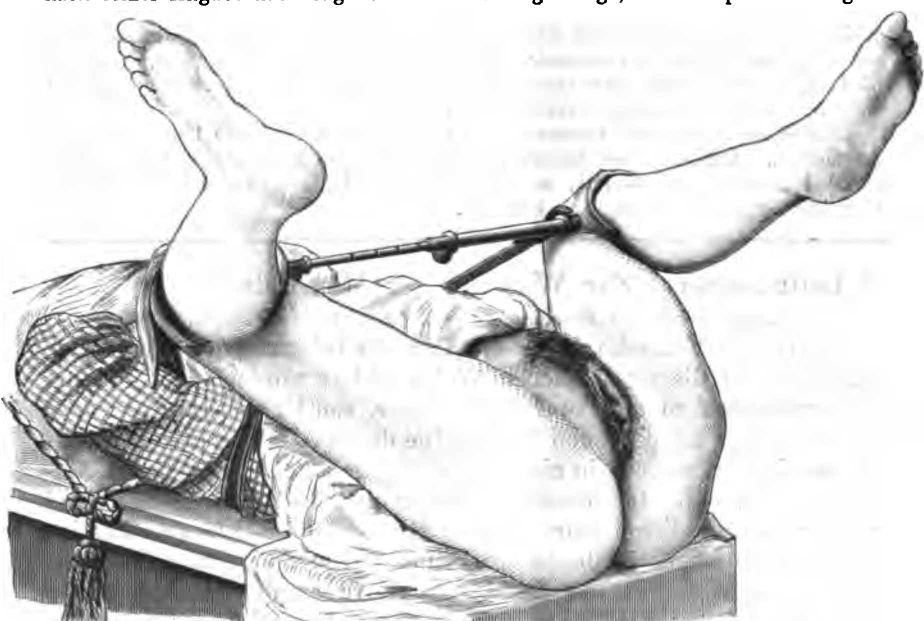
(Aus dem klinischen Institut der Großfürstin Helene Pawlowna.)

## II. Die praktischsten Beinhalter.

Von

Dr. **Blumenberg** (St. Petersburg).

Da in letzter Zeit im Centralblatt für Gynäkologie (No. 13 u. 14) Beschreibungen von Beinhaltern gegeben wurden, erlaube ich mir die Aufmerksamkeit der Herren Kollegen auf den von Herrn Docenten Dr. v. Ott bei allen Operationen, die Steißrückenlage erfordern, gebrauchten Beinhalter hinzulenken. Dieses Instrument ist nach seiner Angabe nach englischem Muster angefertigt, und entspricht bei ganz

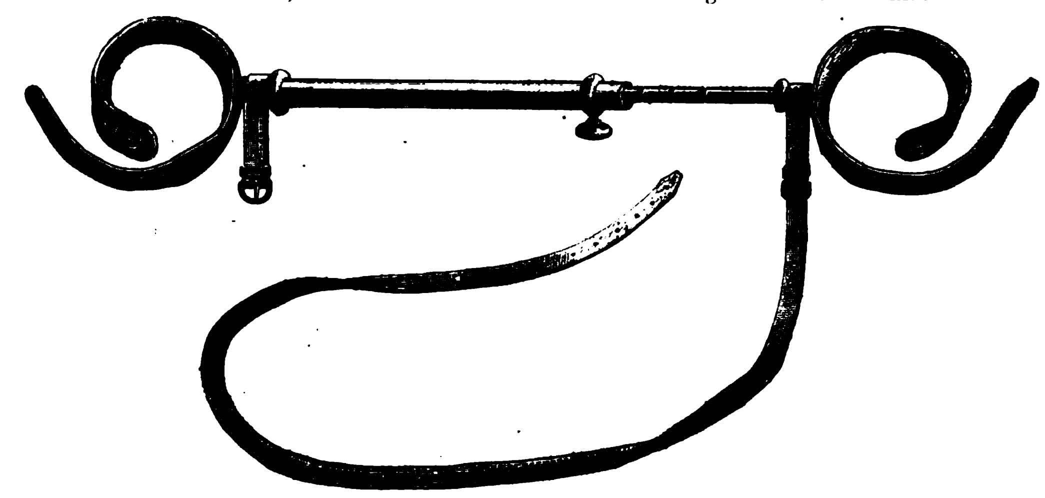


besonderer Einfachheit und Billigkeit allen Anforderungen, die man an einen zweckmäßig konstruirten Beinhalter stellen kann.

Wie aus beigefügten Zeichnungen ersichtlich, besteht er aus einem hohlen, metallenen Stabe von 0,25 m Länge, in dem sich ein anderer ebenfalls metallener,

mit Einkerbungen versehener Stab von gleicher Länge befindet. Je nachdem man den letzteren mehr oder minder herauszieht und vermittels einer zu diesem Zwecke angebrachten Schraube befestigt, lässt sich jede erwünschte Distanz zwischen den Beinen der Pat. erlangen. An je einem Ende der beschriebenen Stäbe sind gepolsterte Beinriemen angebracht, die unterhalb des Kniegelenkes angeschnallt werden.

Dient der bisher beschriebene Theil dazu, die Beine auf zweckentsprechende Weise zu fixiren, so wird die erwünschte Steißrückenlage auf höchst einfache



Weise vermittels eines in der Mitte gepolsterten Riemens erreicht, der unmittelbar neben den Beinriemen angeschnallt, über die eine Schulter der Pat. so gelegt wird, dass er unterhalb der Achselhöhle der anderen Seite hervorkommt und der mehr oder minder angezogen werden kann.

Auf diese Art ist ein Abrutschen oder eine Veränderung der Lage ganz ausgeschlossen. Außerdem hat dieser Beinhalter noch den Vorzug, sehr leicht transportabel zu sein und überall, wenn nöthig sogar im Bett, bei geburtshilflichen Eingriffen angewandt werden zu können[1].

---

1) **Leubuscher.** Zur Wirkung der Mittelsalze.

(Sitzungsbericht der Jenaischen Gesellschaft für Medicin etc. 1886.)

Verf. hat Versuche angestellt über die Wirkung der Mittelsalze, die bisher auf die verschiedenste Weise erklärt worden war. Benutzt wurden Kaninchen und zwar in folgender, von Bram-Houckgeest und Sanders angegebenen Weise. Die durch Ätherinjektion betäubten Kaninchen wurden in ein auf 38—39° gehaltenes 0,5 %iges Kochsalzbad gebracht. In demselben wurde das Abdomen geöffnet und in eine Darmschlinge eine gewisse Menge Bittersalzlösung injicirt. Nach zweistündiger Beobachtung konnte keine Steigerung der Peristaltik konstatirt werden. In der Schlinge ergab sich bedeutende Ansammlung von Flüssigkeit, die oft das Doppelte der injicirten Menge ausmachte. Anderen Kaninchen wurde eine gewisse Quantität

[1] Das beschriebene Instrument ist zum Preise von 8 Rubel bei Müller, Wladimirskaja No. 3 in St. Petersburg zu haben.

$Na_2SO_4$ oder $MgSO_4$ mittels Katheters in den Magen eingeführt und nach 2—3 Stunden im oben erwähnten Bade die Darmschlingen freigelegt. Waren 5—10 g eingeführt, so waren fast alle Schlingen durch Flüssigkeit aufgetrieben. Die Gefäße des Darmes waren stärker gefüllt als normal. Eine Steigerung der Peristaltik konnte nur selten bemerkt werden, dagegen waren die Pendelbewegungen (Kontraktion der Längsmuskulatur) stark ausgeprägt. Gestützt auf zahlreiche weitere Versuche kommt Verf. zum Ergebnis, dass Mittelsalze, auf welche Weise auch in den Darm gebracht, eine Ausscheidung von Flüssigkeit in den Darm bewirken, die als die Hauptursache der Abführwirkung anzusehen ist. Ein resorptionshindernder Einfluss der Mittelsalze ist nicht nachweisbar. Mittelsalze, in genügender Quantität in die Blutbahn gebracht, wirken stopfend. Die Retention dauert bei Kaninchen länger als bei Hunden. Das Mittelsalz ist nur so lange wirksam, als es sich im Darme selbst vorfindet.

**Heilbrun** (Kassel).

---

## 2) Pilcher. Cocain als Anästheticum, Standpunkt am Ende des ersten Jahres seiner Anwendung.

(Annals of Surgery 1886. Januar. p. 51.)

Das Cocain, $C_{17}H_{21}NO_4$ nach Losson wird am besten in Verbindung mit HCl verwandt, mit welchem es ein krystallinisches Salz von Lösungsvermögen 1 : 12 Wasser bildet. Es wird in 4%iger Lösung angewendet, welcher man zum Schutz gegen Verderben durch Mikroorganismen eine geringe Menge Salicylsäure zuzusetzen hat. Es empfiehlt sich wegen dieser Neigung zur Zersetzung, das Salz in festem Zustand in kleinen Röhrchen enthaltend 0,06 g aufzubewahren und zum Gebrauch jedes Mal die Lösung zu extemporiren. Der alle bisher gemachten Erfahrungen sammelnde Artikel bespricht nun die Theorie der Wirkung nach den Experimenten Alexander Bennett's; in kleinen Dosen bewirkt es cerebrale Erregung und theilweise Lähmung der Sensibilität, in größeren neben cerebraler Erregung völlige Lähmung der Sensibilität, Tetanus und Tod. Dabei besteht Lähmung der hinteren Rückenmarksstränge und des ganzen peripherischen sensorischen Nervensystems, wogegen die Vorderstränge und die peripherischen motorischen Nerven nicht gelähmt sind. Sowohl bei örtlicher als allgemeiner Anwendung geht dem Stadium der Anästhesie ein Stadium der Erregung voraus. Ziem hat 17 Fälle gesammelt, in welchen bedrohliche Erscheinungen beim Gebrauch der Drogue eintraten; Blässe des Gesichts, Schwindel, Ohnmacht, selbst leichte Konvulsionen. Nicht immer waren es schwächliche Individuen, die Dosis schwankte, doch handelte es sich meist um mehrere Tropfen stärkerer Lösung, in den Conjunctivasack eingeträpfelt; in der gynäkologischen Praxis scheinen derartige Fälle nicht beobachtet zu sein. In dieser findet es mannigfache Verwerthung. Pruritus, Fissuren und Exkoriationen so wie Spasmen der Vulva, kleine Operationen an derselben, Vulvitis, ferner Vaginismus. Die

verschiedenen Fisteloperationen werden sehr gut unter Bepinselungen mit Cocain ausgeführt (wobei nach den Berichten auch die angefrischten Ränder wenig bluten, Ref.).

Bei Emmet's Operation der Cervixrisse wird die Lösung am besten nicht nur aufgepinselt, sondern zugleich auch in die Schleimhaut eingespritzt. Vor Anwendung des Thermokauters, der Curette und der Uterussonde bei großer Empfindlichkeit bewährt sich gleichfalls das Cocain, eben so bei Perineorrhaphie, bei Punktion von Ovariencysten u. dgl. Auch zur Erleichterung der Wehenschmerzen ist Bepinselung und Injektion in den Cervix vorgenommen worden, bei wunden Brustwarzen Säugender vermindert es den Schmerz.

**Lühe** (Demmin).

---

### 3) **Ehrlich** und **Laquer**. Über kontinuirliche Thallinzuführung und deren Wirkung beim Abdominaltyphus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1885. No. 51.)

Verff. haben mit dem von Jaksch zuerst in die Therapie eingeführten Antipyreticum Thallinversuche angestellt. Bei dem bisher geübten Verfahren mit dem Thallin hatte man eine zu flüchtige Wirkung und eine zu kurze Dauer der Apyrexie beobachtet. Der Grund liegt in der zu geringen Dosis, in der das Mittel verabreicht wurde. Zudem wurden unangenehme Nebenwirkungen, wie Schweiße, Schüttelfrost und Collaps notirt. Das Thallin kann bereits kurze Zeit nach der Aufnahme im Urin nachgewiesen werden. E. und L. haben nun das Thallin in kleinen, häufigen Dosen in kurzen Intervallen gegeben, um durch Summation eine größere Wirkung zu erzielen. Angestellt wurden die Versuche nur mit solchen Individuen, bei denen die Diagnose Abdominaltyphus sicher feststand. Verabreicht wurde das Thallin (weinsaures Thallin) in 1%iger Lösung (mit Zucker und Alkohol) stündlich bis 2stündlich, in Pillen eben so, in letzterer Verordnung desshalb, weil der unangenehme Geschmack auf die Dauer widerwärtig wird. Die Resultate waren recht befriedigende, indem nicht nur Antipyrese, sondern auch eine günstige Beeinflussung des Sensoriums erzielt wurde. Collapse selbst bei längerem Gebrauch nicht beobachtet, Schüttelfröste nur in wenigen Fällen, wenn die Dos. simplex zu hoch genommen war. Erbrechen trat bloß bei Verabreichung der Solution ein, bei Pillen nicht. Exantheme, wie bei Antipyrin, sind niemals konstatirt worden.

Die Größe der Dosis hängt oft ab von dem Genus morbi, indem Phthisiker leichter auf Thallin reagiren wie Thyphöse etc. Außerdem giebt es Unterschiede, die theils auf Intensität der Krankheit, theils auf individuellen Bedingungen beruhen.

Die stündlichen Gaben betrugen 0,04—0,1, 0,15—0,2 Thallin. Man beginnt mit 0,04—0,06 stündlich und steigert allmählich in 2- bis 3stündigen Intervallen, bis eine Beeinflussung der Temperatur sich deutlich erkennen lässt. Verff. sprechen die Vermuthung aus, dass

vielleicht Thallin neben der antipyretischen auch eine specifische Wirkung beim Abdominaltyphus hat. **Heilbrun** (Kassel).

---

## 4) **Parkes.** Cholecystotomie.

(Amer. journ. of the med. sciences 1885. Juli. p. 95.)

Wegen langjähriger Leiden, welche als Gallensteinkolik aufgefasst werden mussten, wurde die Cholecystotomie beschlossen. Bei der Ausführung wurde einzeitig vorgegangen, die eröffnete Gallenblase, welche ohne Fremdkörper, aber stark extendirt gefunden wurde, wurde an die Bauchwunde vernäht; die Leber war stark vergrößert und dieser Umstand verhinderte die genaue Untersuchung des gemeinsamen Gallengangs. Am 5. und 7. Tage wurden kleine Gallensteine entleert, in Summe 7, mit einem Gesammtgewicht von 7,22 g. Aus der zurückbleibenden Fistel entleerten sich alle 2—3 Tage schleimig gallige Massen unter heftigen Schmerzen und zwangen zu einer erneuten Laparotomie, bei welcher nunmehr die Sondirung des Gallenganges bis ins Duodenum gelang, ohne Steine aufzufinden. Auch später entstanden wieder einmal nach Erkältung heftige kolikartige Schmerzen, die zu Erweiterung der Fistel zwangen. Offenbar ist der Gallengang nicht weit genug, um eine vermehrte Gallenabsonderung wegzuschaffen, wogegen die Färbung des Stuhls zeigt, dass fortgesetzt Galle ihn passirt. Drainage, Jodoform und Borsäurewatte waren bei den Verbänden benutzt. **Lühe** (Demmin).

---

## 5) **S. Gross.** Nephrektomie, ihre Indikationen und Kontraindikationen.

(Amer. journ. of the med. sciences 1885. Juli. p. 79.)

Abgesehen von den übrigen hier nicht interessirenden Gründen welche eine Nephrektomie indiciren können, bespricht G. auch die zufällige Verletzung der Nieren und Ureteren bei der Ovariotomie und Hysterektomie etc. In diesen Fällen, glaubt er, würde die sofort ausgeführte, primäre Nephrektomie den Shock in gefährlicher Weise vermehren. Es sei daher trotz mehrerer glücklicher Ausgänge die Anlegung einer Urinfistel vorzuziehen, wenn möglich. Die spätere Nephrektomie, und zwar lumbar, zur Heilung der Urinfistel ist vorzuziehen und in einer größeren Zahl von Fällen von mehreren Operateuren ausgeführt und zwar unter 12 Fällen 9mal mit glücklichem Ausgang. **Lühe** (Demmin).

---

## 6) **Hall.** Beiträge zur Ätiologie der malignen Geschwülste.

(Annals of Surgery 1885. December. p. 450.)

H., unzufrieden mit den bisher aufgestellten Hypothesen über die Ätiologie der malignen Geschwülste, versucht durch einige Beispiele die Ansicht zu begründen, dass es sich auch bei ihnen um eine Übertragung durch Ansteckung von Individuum auf Individuum handele.

Wenn, wie Verf. selbst zugiebt, diese Beispiele auch gewiss nicht völlig einwurfsfrei sind, so muss doch zugegeben werden, dass es zu denken giebt, wenn die Wittwe eines an Carcinoma Testis verstorbenen Mannes an Brustkrebs erkrankt, während ihre Familie sonst keine Carcinome aufweist, u. dgl. Auch die bekannte Selbstinfektion tiefer gelegener Bezirke des Darmtractus u. dgl. wofür gleichfalls instruktive Beispiele beigebracht werden, wird als Beweismittel citirt.

Schließlich erwähnt Verf. noch den isolirten Befund eines Bacillus, den er für specifisch hält, in einem nicht ulcerirten Sarkom (Fuchsinfärbung). **Lühe** (Demmin).

## 7) **Müller** (Bern). Über Wiederholungskurse für Hebammen und über Ausbildungskurse für Wochenbettswärterinnen.

(Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte 1885. No. 24.)

Unter den mehrfachen anderen Reformen, welche zur Verbesserung des Hebammenunterrichts vom Verf. zur Sprache gebracht worden sind, bespricht M. in dem kleinen Vortrage die Wiederholungskurse. Dass dieselben nicht nur nicht wünschenswerth, sondern sogar nothwendig sind, ist eine wohl unbestrittene Thatsache. In denselben soll das Hauptaugenmerk nicht allein auf Auffrischung der theorethischen Kenntnisse, als vielmehr darauf gelegt werden, dass die Hebammen in der Anwendung neuer technischer Fertigkeiten unterwiesen werden, wie sie doch der Fortschritt der Geburtshilfe nothwendigerweise mit sich bringt. Dass sich dies Letztere nicht durch Inspektionsreisen der Medicinalbeamten, sondern nur durch Demonstrationen der neuen Verfahren am lebenden Materiale erreichen lässt, ist für uns Ärzte leicht einzusehen, die wir ja an uns selbst die Erfahrung machen, wie schwer es ist, neue therapeutische Verfahren, Operationen etc. nur aus Beschreibungen uns anzueignen, während ein einmaliges Sehen schon genügt, um sie nicht bloß zu begreifen, sondern auch selbst ausführen zu können.

M. will daher an Stelle der Konferenzen, welche die Medicinalbeamten mit den Hebammen in bestimmten Zeitabschnitten abhalten, Repetitionskurse, die an großen Entbindungsanstalten abzuhalten sind, gesetzt wissen und hat bereits dieselben bei der Berner Regierung beantragt. (So lange jedoch für die zu denselben designirten Theilnehmerinnen nicht eine für ihre Versäumnis in der Praxis eintretende Entschädigung von Seiten der Regierung, resp. der Gemeinden geboten wird, dürfte wohl dieser so segensreiche Vorschlag nur ein Pium desiderium bleiben. Auch ist wohl der vom Verf. vorgeschlagene Aufenthalt von wenigen Tagen in der Anstalt für die betreffenden Hebammen ein zu geringer. Ref.)

Die Instruktionskurse für Wochenbettswärterinnen betreffend hat Verf. in seiner Anstalt jährlich 6—12 unbescholtene Frauen ein Vierteljahr lang in der Anstalt unentgeltlich aufgenommen, um dieselben in der Pflege der Entbundenen und Neugeborenen zu unterrichten,

was durch die Organisation des Hebammenunterrichts in Bern ermöglicht ist; der Kursus dauert ein volles Jahr; die Schülerinnen mit der Note 1 werden jedoch schon nach $^3/_4$ Jahren entlassen und an ihre Stelle nimmt M. dann die Wochenbettswärterinnen auf.

Von welchem großen Nutzen gutgeschulte Wochenpflegerinnen, die mit den alten Gewohnheiten des bisherigen Wartepersonals gebrochen haben, sind, ergiebt die einfache Überlegung, dass, da gewöhnlich nur eine Puerpera von einer Pflegerin versorgt wird, am besten der Verschleppung von Erkrankungen von einer Wöchnerin auf Kreißende vorgebeugt werden kann. **Menzel** (Görlitz).

---

# Kasuistik.

8) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Dresden..

118. Sitzung am 15. Mai 1886.

Nach Niederlegen des Amtes als erster Schriftführer seitens des Herrn Bode wird Herr Marschner zum ersten, Herr Korn zum zweiten Schriftführer gewählt.

I. Diskussion über den Vortrag des Herrn Hesse.

Herr Schramm hat bei hochgradigen Fällen von Retroflexion mit Erfolg den Intra-uterin-Stift mit ringförmigem Pessar eingelegt. Er räth zeitweilig den Stift zu entfernen und wenn er rauh geworden, sofort durch einen neuen zu ersetzen. Auch berichtet er von Heilung in Fällen, wo er allgemeine Massage und den faradischen Strom angewendet hat; doch ist Heilung hierdurch erst nach Jahren erzielt worden.

Herr Leopold hält die Behandlung der Retroflexionen für die mühsamste. Von Intra-uterin-Stiften hat er noch nie dauernden Erfolg gesehen, wohl aber oft Entzündungen und immer stärker werdende Perioden und Ausflüsse.

Er theilt die Retroflexionen ein in

1) erworben durch das Puerperium, und zwar a) schlaffe, wobei das Pessar wenig leistet, da der Fundus uteri immer nach rückwärts zu fallen geneigt ist. Hier ist erst die Erschlaffung des Organs zu heben durch Ergotin, intra-uterine Ätzung, nicht selten durch Ausschabung der verdickten Schleimhaut. Zuletzt erst eignet sich bei straffer gewordenem Uterus ein Pessar; b) in derbe mit festem Collum. Hier ist die Behandlung in der Reihenfolge von rückwärts, wie die Übelstände entstanden sind, anzufangen: zuerst mit Skarifikationen u. A. zur Beseitigung der Hyperämie und Schwellung. Sind diese beseitigt, so kann der Uterus retroflektirt bleiben, ohne Symptome zu machen; es ist daher auch hier oft kein Pessar mehr nöthig.

2) Die angeborenen Retroflexionen. Bei diesen sind das Hodge'sche Pessar und Sondenhebungen am Platze.

Herr Hesse glaubt, dass in den Fällen, wo bei erworbener Retroflexion zwar die Beschwerden gehoben worden sind, eine Besserung der Lage aber nicht stattgefunden hat, der günstige Zustand kaum ein dauernder sein dürfte und dass Recidive zu erwarten und zu befürchten seien.

Dem gegenüber erwiedert Herr Leopold, dass die Furcht vor Recidiven nicht berechtigt sei, da er gefunden hat, dass bei vielen Frauen mit Retroflexio uteri diese Lageveränderung oft nicht die geringsten Beschwerden gemacht hat.

Wenn Frauen bei Retroflexionen über die verschiedenartigsten Beschwerden klagen, so ist gewöhnlich nicht die Retroflexion, sondern Schwellung, Entzündungen, Infiltration des Organs daran Schuld.

Bei solchen Entzündungserscheinungen darf aber das Pessar ebenfalls nicht angewendet werden.

Herr Schramm bemerkt, dass er in sehr vielen Fällen auch ohne Pessar ausgekommen ist, andererseits hält er aber die Gefahr des Intra-uterin-Stiftes für gering.

Er führt zum Beweis, wie förderlich oft der Intra-uterin-Stift sei, einen Fall an, wo Migräneanfälle, die jeder anderen Behandlung trotzten, durch den Intra-uterin-Stift sofort gemildert wurden, nach Entfernung des Stiftes sich wieder steigerten und bei Wiedereinlegen desselben wieder besserten.

Herr Leopold ist betreffs dieses und ähnlicher Fälle der Ansicht, dass der Erfolg nicht gerade dem Stift zuzuschreiben sei, sondern der gebesserten Lage, die vielleicht, auf andere Weise erreicht, denselben Erfolg gehabt haben würde.

Exsudate kommen durch diese Behandlung viel häufiger vor, als es bekannt sei. Davor könne auch ein Desinfektionsversuch der Uterushöhle und des Stiftes vor der Einlegung nicht schützen.

Herr Bode ist ebenfalls davon überzeugt, dass die sog. Hegar'schen Lendensymptome nicht immer auf den Uterus und seine fehlerhafte Lage zu beziehen seien, da er derartige Beschwerden durch eine fest angelegte Leibbinde hat schwinden sehen.

II. Herr Leopold demonstrirt mehrere durch Laparotomie gewonnene Präparate.

1) Nike, 46 Jahr alt, erstes Mal ovariotomirt am 14. April 1885. Kystoma ovarii multiloculare von sehr großem Umfang. Das demonstrirte mikroskopische Präparat zeigt papilläre Wucherungen der Cystenwand. Das andere, linke Ovarium war bei der Operation normal.

Im März 1886 stellte sich Pat. wieder vor wegen Schwellung des Leibes und Schmerzen. Linkes Ovarium von Faustgröße.

30. April 2. Ovariotomie. Bei Eröffnung der Bauchhöhle Abfluss von blutig gefärbter Flüssigkeit. Desshalb und besonders wegen der überaus starken Injektion der Därme wurde eine maligne Neubildung des linken Ovarium angenommen und durch die spätere mikroskopische Untersuchung bestätigt. Fast mannskopfgroßes Carcinom des Ovarium. Die Operation war sehr mühsam und unsauber, da von dem weichen Tumor Stücke abbröckelten und Cysten aufplatzten.. Drainage. Normaler Verlauf.

2) Majewsky, 23 Jahre alt, Virgo. Pat. hatte im Laufe der letzten 2 Jahre 2 Anfälle von schwerer Peritonitis, den letzten vor Kurzem erst, durchgemacht und kam mit der Diagnose Nierentumor in die Klinik. Bei der Untersuchung wurde die Diagnose einer Nierengeschwulst durch die Perkussion von der Hand gewiesen und ein Beckentumor diagnosticirt von unten emporgewachsen, der allerdings bis zum Rippenrand hinaufragte.

Die Diagnose: »Ovarialkystom, mit Achsendrehung und Peritonitis und handbreiter Verwachsung mit der vorderen Bauchwand« wurde durch die Laparotomie in allen ihren Einzelheiten vollkommen bestätigt.

Nicht diagnosticirt war die Geschwulst als Dermoidkystom. Zahlreiche Blutergüsse in der Cystenwand zeigten sich als Folgen der Achsendrehung; im Kystom befanden sich Gebilde von Beschaffenheit zweier Kiefer mit Zähnen, ferner Haare etc.

3) Ältere, 71jährige Frau mit Pruritus vulvae, in Folge von hornartiger kleiner Warzen am Introitus vaginae. Demonstration des excidirten Stückes und mikroskopischen Präparates.

Kein Zucker im Urin der Frau. Alle bisherige Behandlung fruchtlos; ihre nervöse Aufregung hatte so zugenommen, dass sie in einer Irrenanstalt zeitweilig untergebracht worden war.

Herr Leopold hat außer der operativen Behandlung des Pruritus den besten Erfolg sonst gesehen von der Eisbehandlung in Verbindung mit der skrupulösesten Reinlichkeit.

Herr Schramm hat öfters bei Pruritus Zucker vermisst. Als beste Behandlung steht oben an die operative, sonst Lapis in Narkose, weniger erfolgreich ist die Anwendung der Karbolsäure.

III. Herr Bode: Demonstrationen.

1) Eines Satzes (4 Nummern) Specula aus Krystallglas. Dieselben entsprechen genau in ihrer Form denen Fergusson's und sind vom Instrumentenmacher Lustig in Dresden für 2,25 *M* pro Satz zu haben.

Er wendet diese Specula jetzt ausschließlich an, wenn er nicht in vereinzelten Fällen dem Cusco den Vorzug giebt, und hat sie folgender Vortheile wegen bewährt gefunden:

a) Billigkeit (2,25 *M*, gegen Milchglasspecula 4,0, gegen Fergusson 12,0).

b) Stärke der Beleuchtung, welche etwas weniger stark ist als durch Fergusson, dagegen stärker als die der Milchglasspecula und noch stärker als bei Cusco; und doch wird dabei

c) die natürliche Färbung der Portio und des Vaginalgewölbes nicht durch die Art der reflektirten Strahlen verändert, wie durch Milchglas und Fergusson;

d) leichteste Kontrolle der Sauberkeit;

e) leichteste und handlichste Übersichtlichkeit der ganzen Vaginalschleimhaut schon in der Sprechstundenpraxis, was z. B. bei der topographischen Feststellung von Fisteln etc. zweckmäßig werden kann.

2) Eines von Redner vor wenig Tagen supravaginal amputirten, von multiplen Myomen durchsetzten kindskopfgroßen Uterus nebst Ovarien von einer 32jährigen Virgo stammend. Erschwerung der Operation durch enorm fette Bauchdecken. Da die Ausschälung eines neben dem Cervix entwickelten Myomknotens, welcher von dem Amputationsschnitt mit getroffen war, unthunlich erschien, extraperitoneale Behandlung mit seröser Einnähung oberhalb einer elastischen Konstriktion. Theilweise Gangrän der Bauchwundränder, sonst reaktionsloser Verlauf.

3) Demonstrirt Herr Bode neue von ihm konstruirte Beinhalter. (Ausführliche Beschreibung vorbehalten.)

IV. Herr J. Schramm: Über die Behandlung der excessiven Salivation während der Gravidität.

In den älteren und neuesten Lehrbüchern der Geburtshilfe erfährt die übermäßige Salivation Schwangerer meist eine kurze Erwähnung, wohl in Folge der Geringfügigkeit dieser Digestionsstörung, die nur selten einen hohen Grad annimmt. S. beobachtete im Herbst 1885 einen Fall von excessiver Salivation bei einer Schwangeren, welche durch die lange Dauer und Heftigkeit des Speichelflusses sehr entkräftet wurde. Erst nach Anwendung einer Reihe der verschiedensten Mittel konnte das hartnäckige Übel bekämpft werden. Als die Kranke in die Behandlung des Vortr. trat, waren vorher schon, von ärztlicher Seite, zahlreiche Mittel versucht worden, zuerst das Jodkali in der Annahme, dass chronischer Merkurialismus vorliege. Weder das von Lemaëstre auch gegen Salivation der Schwangeren empfohlene Jodkali, noch der Gebrauch des von Ebstein gerühmten Atropins vermochten das Übel zu beseitigen. Eben so bewirkten das Duboisin und die Galvanisation des Sympathicus nur eine mäßige Beschränkung des Speichelflusses. Nachdem zur Zeit des 5., Anfang des 6. Monats der Schwangerschaft diese als Ursache der Salivation erkannt worden war, überwies man die Kranke dem Vortr. Zunächst wurde, ohne wesentlichen Erfolg, die Galvanisation des Halssympathicus fortgesetzt. Nach dem Vorgang von Labbe und Davezeaux, die durch subkutane Pilokarpininjektion eine schnelle Beseitigung der Salivation erzielten, ging S. zu dieser Behandlungsweise über. Nach 7 Injektionen von Pilocarpinum muriaticum (0,01 pro dosi) trat wohl eine Verminderung des täglichen Quantums Speichel ein, eben so besserte sich das subjektive Befinden der Kranken, doch konnte eine gänzliche sekretionshemmende Wirkung auf die Speicheldrüsen nicht konstatirt werden.

Als wirksamstes Mittel erwies sich zuletzt das Bromkalium, welches eine rasche und bedeutende Herabsetzung der Speichelabsonderung bewirkte. S. giebt dem Bromkalium, als unschädlichem Mittel während der Schwangerschaft, vor allen anderen den Vorzug, da man annehmen darf, dass die Wirkung des Bromkali sich auf alle Speichelnerven bezieht, indem es sowohl einen hemmenden Einfluss auf den Facialisursprung in der Medulla oblongata und auf dessen mit dem Großhirn

in Verbindung stehenden centralen Bahnen des Facialis ausübt, als auch auf die sekretorischen Fasern des Sympathicus.

Gegenüber der herrschenden Ansicht (Spiegelberg), das abgesonderte Sekret weiche, abgesehen von seinem großen Wassergehalt, nicht vom normalen ab, ergab die chemische Untersuchung des Speichels durch Herrn Prof. Fleck in diesem Fall die Abwesenheit des für den Verdauungsprocess so wichtigen Ptyalins, und nächstdem eine bedeutende Verminderung des Rhodankaliums, welches nur in Spuren nachweisbar war.

(Der Vortrag erscheint in extenso in der Berl. klin. Wochenschrift.)

119. Sitzung am 26. Juni 1886.

I. Die Herren Korn und Michael berichten über einige auf dem 1. Gynäkologenkongress zu München gehaltene Vorträge.

II. Herr Leopold demonstrirt 1) einen total per vaginam exstirpirten Uterus.

Marie Berthold, 45 Jahre alt, 4mal geboren. Außer an Typhus sonst nicht wieder erkrankt. Seit dem 18. Jahre regelmäßig 3wöchentlich menstruirt, wenig Blutung. Seit den letzten 2 Jahren hat sich der Blutverlust allmählich bei der Periode gesteigert, seit Ende December 1885 trat fortwährender Blutverlust aus den Genitalien auf.

Die ziemlich große Pat. ist hochgradig anämisch und abgemagert. Uterus bei der Aufnahme stark vergrößert (Sonde geht 10 cm ein), retroflektirt, beweglich; hintere Wand verdickt; am Fundus uteri ein weicher Tumor von Walnussgröße, außerdem zahlreiche Rauhigkeiten. Portio intakt mit geringem schmalen Erosionssaum; reichlicher blutwässriger stinkender Ausfluss.

Diagnose: Carcinoma corporis uteri, bestätigt durch Ausschabung und mikroskopische Untersuchung, welche ein exquisites Cylinderzellencarcinom ergiebt.

Acht Tage nach der Ausschabung Exstirpation des Uterus per vaginam. Uterus 10,5 cm lang, 6 cm breit, eben so dick. Wanddicke des Corpus uteri 2,5—3 cm. Im Fundus, an der hinteren Wand und nach dem rechten Tubenwinkel zu, blumenkohlartige weiche neue Wucherungen bis zu Kirschengröße (trotz der Ausschabung vor erst 8 Tagen); eine deutliche Abgrenzung gegen die Muscularis lässt sich nicht erkennen.

Das linke Ovarium und ein 2 cm langes Stück der linken Tube mit entfernt. Rekonvalescenz gestört durch eine Phlegmasia alba dolens, linkerseits 12 Tage nach der Operation auftretend. Pat. wurde 5 Wochen nach der Operation geheilt entlassen, ohne weitere Zwischenfälle.

2) Eine total ausgeschälte, eigroße Bartholini'sche Cyste.

Frau H., 25 Jahre alt, kinderlos verheirathet, keine Vaginitis noch Endometritis. Gonorrhoe nicht nachweisbar. Seit einem halben Jahre Schwellung beider großer Labien. Doppelseitige Bartholini'sche Cysten von Eigröße. Die rechte ganz ausgeschält. Die Wunde vernäht mit tiefen Seiden- und fortlaufenden Katgutnähten. Die linke incidirt. Cystenwand größtentheils abgetragen. Rest mit fortlaufender Katgutnaht an die äußere Haut genäht, wie bei Operation der Vaginalcysten.

3) Primäres, kleinfaustgroßes Carcinom der linken Inguinaldrüsen.

Müller, 52 Jahre alt. In der linken Inguinalgegend eine Geschwulst, unmittelbar unter der Haut, von $7^1/_2$ cm Höhe und 8 cm Ausdehnung in die Breite, durch eine tiefe Furche in 2 Theile getheilt, fast durchgängig hart; nur an einer 3markstückgroßen circumscripten Stelle erweicht. Durch einen querfingerbreiten Zwischenraum getrennt von der äußeren Geschwulst findet sich im kleinen Becken in der Gegend der Rückseite der Pfanne ein pflaumengroßer, aber abgeplatteter Tumor, verschiebbar in geringem Grade, weder mit den Genitalorganen noch mit der äußeren Geschwulst im Zusammenhang; wahrscheinlich extraperitoneal. Geschlechtsorgane normal.

Am 25. Juni wird zunächst der Tumor außerhalb des Beckens mit allen erreichbaren Drüsen entfernt und von der Fascie abpräparirt und darauf die im Becken befindliche Geschwulst durch einen Assistenten von der Scheide aus emporzuschieben gesucht; da aber diese Geschwulst nicht zugänglich von oben schien, überhaupt von oben nicht fühlbar war, stand man von der Entfernung ab. Die Wunde, von der Größe einer flach ausgestreckten Hand, wurde vereinigt durch fortlaufende Sublimatkatgutnaht, erst durch tiefe versenkte Nähte; zuletzt wurde durch oberflächliche Nähte die Haut vereinigt. Der durch die Ablösung des Peritoneums an der vorderen Beckenwand entstandene Blindsack wurde drainirt. Fester Bindenverband. Beim Verbandwechsel am 29. Juni Drainrohr entfernt; am 2. Juli Wunde per primam geheilt.

Mikroskopischer Befund: In einem bindegewebigen Stroma Alveolen verschiedenster Größe und Form, angefüllt mit ovalen großen Epithelzellen. Carcinom.

4) Exstirpation eines kleinen verlötheten Ovarialkystoms per vaginam.

Klein, 29 Jahre alt, hat 1mal geboren, ist regelmäßig menstruirt, hat aber am 2. Tage der Periode krampfartige Schmerzen; dabei linkes Bein stark schmerzhaft und kalt.

Geburt 1882 angeblich schwer, ohne Arzt; lag 10 Tage, angeblich an »Milchfieber«. Seit der Entbindung große Mattigkeit, beständige Abmagerung, allgemeine nervöse Erscheinungen. Schmerzen fast konstant überall, wechselnd, besonders aber fortwährend Rückenschmerzen, die sich zeitweilig ganz beträchtlich steigern und seit 5 Wochen, seit Einlegen eines Pessars nicht wieder verschwanden, obwohl das Pessar sogleich wieder entfernt wurde. Schmerzen bei Blasenfüllung und Entleerung. Aufnahme in die Klinik.

Uterus retroflektirt, etwas vergrößert, nicht beweglich; Schleimhaut hochgradig empfindlich; rechtes Parametrium frei, schmerzlos; linkes Parametrium hochgradig empfindlich wegen linksseitiger Oophoritis und Perioophoritis; linkes Ovarium kleinapfelgroß, knollig, ganz tief und unbeweglich liegend auf dem linken Scheidengewölbe.

Da trotz mehrwöchentlicher Ruhe und aller angewandten Mittel eine Besserung nicht zu bemerken war, wurde am 26. Juni das linke vergrößerte Ovarium per vaginam entfernt nach dem Verfahren wie bei der vom Redner geübten Uterusexstirpation. Umschneidung und mäßige Abpräparirung des Cervix. Eröffnung des Douglas, Lösung der zahlreichen Adhäsionen. Abbinden von Eierstock und Tube. Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze (keine Drainage, keine Naht).

Das exstirpirte Ovarium, an welchem sich ein 2 cm langes Stück normaler Tube (Ostium abdominale) befindet, besteht aus 4 über kirschengroßen Cystenräumen, deren äußere Wand 2—5 mm dick ist. Ihre an einander stoßenden Zwischenräume sind stark verdünnt und zum Theil im Aufbruch begriffen. In situ war das Ovarium beträchtlich größer, da bei der Abschälung desselben die größte der Cysten platzte. Verlauf fieberlos.

---

9) **H. Eisenhart** (München). Fall von Hernia inguinalis cornu dextri uteri gravidi.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 3.)

E. hat aus der Litteratur 5 Fälle von Hernia uteri inguinalis ohne komplicirende Gravidität, 6 mit einer solchen zusammengestellt. An das Referat und die kurze Besprechung derselben schließt er einen Bericht über folgenden in der Münchener Frauenklinik zur Beobachtung gekommenen Fall an.

36jährige IXgravida an angeborenem doppelseitigen Leistenbruch leidend. In Folge Schreiens plötzliche Vergrößerung des rechten Leistenbruches auf Citronengröße. Vergebliche Repositionsversuche. Allmähliche Zunahme des Tumors und der durch denselben verursachten mechanischen Beschwerden. Bei der Aufnahme der Pat. in die Klinik fand sich eine bis zur Mitte der Oberschenkel reichende,

von der rechten Regio inguinalis beginnende, schräg etwas nach links verlaufende Geschwulst, deren unteres Ende mit einem dichten Hautvenennetz, die oberen zwei Dritttheile mit Haaren bedeckt waren. Das linke Lab. minus ging auf ihre Innenfläche über. Der Inhalt des Bruches wurde, von Darmschlingen abgesehen, durch das rechte Ovarium und den im 3. Monat graviden Uterus gebildet. Zweifelhaft blieb es, ob es sich um einen Uterus bicornis und Vorfall des rechten Hornes oder um Uterus unicornis mit rudimentärem Nebenhorn handelte.

Da erneute Repositionsversuche wieder erfolglos blieben, so wurde behufs Einleitung des künstlichen Abortes zuerst ein Kolpeurynter eingelegt, am folgenden Tag die Eihäute gesprengt. Beides führte nicht zum Ziel. Nach zweitägigem Abwarten wurde zur Laparohysterotomie geschritten. Nach Eröffnung des Bruchsackes trat der Uterus sofort in die Schnittfläche ein. An seiner rechten Seite fanden sich das Lig. latum, das Ovarium, die Tube, das Lig. teres, während die linke vollkommen glatt war und hier die Anhänge fehlten. Es handelte sich also um einen Uterus bicornis, dessen rechtes schwangeres Horn in einen Leistenbruch verlagert war. Er wurde nach der Porro'schen Methode abgetragen, nicht mit dem Messer, sondern dem Paquelin'schen Thermokauter, der zurückbleibende Stumpf dann mit dem Bruchsack vernäht, ein großer Theil des letzteren resecirt. Jodoformgazeverband. Erster Wechsel nach 10 Tagen. Reaktionsloser Verlauf. Vier Wochen post. operat. Pat geheilt entlassen. Bei einer Vorstellung im folgenden Jahr gab sie an, dass sie regelmäßig und zwar in gewöhnlicher Stärke menstruirt sei (also aus dem schon vor ihrer Entlassung mit Sicherheit konstatirten linken Horn des Uterus bicornis). Eine ziemlich große Enterocele musste durch eine eigens gefertigte Bruchbandkapsel vor weiterer Ausdehnung geschützt werden.

Der Mittheilung dieses Falles schließt E. einige Bemerkungen über den Gebärmutterbruch an. Zur Erklärung der Entstehung eines solchen sind 3 Theorien aufgestellt. Nach der ersten kommt die Bildung der Hysterocele durch den Zug, den die mit der Gebärmutter verwachsenen, vorfallenden Netz- oder Darmpartien auf die erstere ausüben, zu Stande. Nach der zweiten ist zuerst gerade jener Theil des Bauchfelles zum Bruchsack ausgestülpt worden, welcher zunächst dem oberen Ende des Lig. latum liegt. Tube und Ovarium werden mitgezerrt; schließlich folgt der Uterus. Die dritte Theorie ist eine entwicklungsgeschichtliche. Wenn das Ovarium am Lig. rotundum wie normal der Testikel am Analogon desselben, dem Gubernaculum Hunteri, descendirt und ein, wenn auch kurzer Proc. vaginalis periton. sich in dem Leistenkanal entwickelt, so ist, wenn auch das Ovarium nicht gleich bis durch den Leistenkanal descendirt, doch die Disposition dazu gegeben, dass in die später sich entwickelnde Leistenhernie das Ovarium tritt und an dem Lig. rot. der Uterus oder das entsprechende Uterushorn folgt.

Bei der Diagnose kommt die Frage in Betracht, ob es sich um Intra- oder Extra-uterin-Gravidität handelt, mit anderen Worten, ob der im Leistenbruch liegende Fruchthalter Uterus, Tube oder Ovarium ist. Extra-uterin-Gravidität komplicirt sich fast nie mit Bruch des betreffenden Fruchthalters. Außerdem ist zu beachten, dass Tubenschwangerschaften meist schon in den ersten Monaten durch Zerreißung des Fruchthalters ihr Ende erreichen, ein dann zu beachtender Umstand, wenn es sich um eine Gravidität im 6. oder noch späteren Monat handelt. Auch die birnenähnliche Form des im Bruchsack mit dem breitesten Theil nach unten liegenden Uterus lässt sich als Anhaltspunkt bei der Diagnose verwerthen. Am sichersten wird die Vaginalexploration zum Ziele führen resp. der bimanuell zu führende Nachweis, dass der im Bruchsack fühlbare Körper und der Scheidentheil einem und demselben Organ angehören.

Was die Therapie betrifft, so ist zwar die Reposition des dislocirten Uterus, des schwangeren sowohl, wie des nicht schwangeren, bisher nie gelungen, muss aber doch versucht werden. Bleibt der Versuch erfolglos, so muss bei nicht schwangerem Uterus die Radikaloperation des Bruches mit Reposition der Gebärmutter ausgeführt werden. Bei vorliegender Gravidität ist der künstliche Abort indicirt, da bei ganz oder nahezu beendeter Schwangerschaft für Mutter und Kind nur in der Sectio caesarea Hilfe zu suchen ist.

**Graefe** (Halle a/S.).

10) **Nunez Rossié** (Havana). Ein Fall von verlängerter Schwangerschaft mit Autopsie des Fötus.

(Amer. journ. of obstetr. 1886. Januar. p. 18.)

R. theilt nachstehenden Fall mit, welcher desswegen besonderes Interesse bietet, weil durch die Sektion der Frucht das Alter derselben nachgewiesen werden soll.

Ein 22jähriges Mädchen, auf den kanarischen Inseln geboren, kräftig gebaut und gesund, regelmäßig menstruirt, war am 6. Mai 1884 genothzüchtigt worden. Die Periode blieb aus und als sie im August über ihren Zustand klar war, zog sie, um ihre Schande zu verbergen, nach Cuba und kam unter die Behandlung des Verf.s. Bei der Untersuchung Ende Januar zeigte sich die Scheide sehr eng; die Portio sehr hochstehend war stark nach hinten gerichtet, konisch, ungewöhnlich fest, der äußere Muttermund geschlossen.

Mitte Februar stellten sich leichte Uteruskontraktionen ein, welche andauerten, ohne an Intensität zuzunehmen. Erst am 19. März traten richtige Wehen ein, die jedoch sehr schwach waren, so dass erst nach zwei Tagen der Muttermund vollständig verstrichen war, dann hörten die Wehen vollständig auf, so dass die Zange angelegt wurde; mit großer Mühe gelang es, nachdem die Episiotomie gemacht worden, unter starker Zerreißung des Perineum den Kopf zu entwickeln.

Das Kind zeigte außergewöhnliche Entwicklung, hatte eine Länge von 54 cm und wog 5300 g. Die Durchmesser des Kopfes zeigten nachstehende Maße: größter Durchmesser 144 mm, Occipito-mentale 134 mm, Occipito-frontale 127 mm, Biparietale 102 mm, Bitemporale 92 mm.

Die Haut der Frucht war ohne jedes Sebum, die Epidermis der ganzen Körperoberfläche befand sich im Zustande der Desquamation. Die Fingernägel ragten weit über die Finger hervor. In der oberen Epiphyse des Humerus zeigte sich ein Ossifikationspunkt.

R. glaubt zu der Annahme berechtigt, dass es sich hier um einen Fall von verlängerter Schwangerschaft (317 Tage) handelte, weil 1) nur ein einmaliger Coitus vorausgegangen, 2) weil Größe und Gewicht des Kindes bedeutender als gewöhnlich war, 3) weil sich an Haut und Nägeln Veränderungen fanden, die gewöhnlich erst nach der Geburt auftreten, 4) weil der Zustand der Kopfknochen, so wie die Ossifikationspunkte der Röhrenknochen auf eine Entwicklung des Knochensystems hindeuten, welche mit jener der normalen Geburtszeit nicht korrespondirt.

**Engelmann** (Kreuznach).

11) **H. J. Bolot** (New York). Ein Fall von vasomotorischer Reflexneurosis bei Lageveränderung des Eierstockes.

(Amer. journ. of obstetr. 1886. Februar. p. 135.)

F. L., sechzehn Jahre alt; erste Menses mit 13 Jahren. Bei dem ersten Auftreten derselben bemerkte sie eine purpurrothe Färbung der ganzen rechten oberen Extremität, mit dazwischen liegenden weißen Flecken. Zugleich bestand eine Anschwellung des rechten Armes und Beines; der Arm fühlt sich kalt an. Diese Erscheinungen fingen einen Tag vor Eintritt der Menses an, hatten ihren Höhepunkt am fünften Tag erreicht und nahmen dann ab bis nach 2—3 Wochen, um dann wieder zu beginnen.

Ein Jahr etwa vor der jetzigen Zeit änderte sich das Bild in so fern, als die Anschwellung mehr in den Vordergrund trat. Dieselbe zeigt sich nun steinhart, vollständig unempfindlich, dunkel purpurroth, dazwischen liegen Stellen von Linsengröße, welche blass und weiß sich scharf aus der Umgebung abheben. Die Maße des gesunden und kranken Armes differiren im Umfang bis zu $2^3/_4$ Zoll; so beträgt derselbe rechts in der Mitte des Vorderarmes $10^1/_2$, links nur $7^3/_4$ Zoll. Die oberflächlichen Venen des Armes so wie diejenigen der rechten Thoraxseite sind sehr stark angefüllt, die Ulnarvene fühlt sich wie ein harter Strick an. Uterus normal, rechter Eierstock prolabirt in den Douglas, ums Doppelte vergrößert, sehr empfindlich bei Druck.

**Engelmann** (Kreuznach).

12) **Chas. Williams** (Edinburg). Fall von vaginaler Lithotomie.

(Lancet 1885. November 7.)

W. führte bei einer 61jährigen Frau, die mit einem großen Blasenstein behaftet war, die vaginale Lithotomie aus. Die Blase war um den Stein, der sich gegen die Vagina vordrängte und dieselbe fast völlig verlegte, fest zusammengezogen. In die Blase wurde unter den Stein eine Platte geführt und dann die Blase von der Scheide aus durch einen Schnitt, der am höchsten Punkte des Scheidengewölbes anhängt und fast bis zur Urethra reicht, eröffnet. Mit einiger Schwierigkeit wird der Stein extrahirt, Schluss der Wunde mit fortlaufender Katgutnaht, Katheter in die Blase, Morphium per rectum, Opium per os. Es handelte sich um einen großen Stein, der aus harnsauren Salzen bestand. Die Wunde öffnete sich am 8. Tage und am 18. Tage nach der Operation starb die Pat. Sektionsbefund: Rechte Niere ums Dreifache vergrößert, das kleine Becken ein großer Abscess, rechter Ureter bis 2 Zoll von der Niere entfernt mit einem Calculus ausgegossen. Linke Niere beträchtlich hypertrophirt, Nierengewebe normal.

Verf. knüpft hieran eine Zusammenstellung der von 1871 bis 1884 am Norfolk und Norwich Hospital beobachteten Blasensteine. Von 1234 Fällen von Blasensteinen kommen nur 52 auf das weibliche Geschlecht, also von 21 Blasensteinen beim Manne kommt einer auf eine Frau. In 48 Fällen trat nach der Operation Heilung ein, 4 Fälle starben, den beschriebenen Fall eingerechnet. Die Zahl 52 vertheilt sich nach dem Alter folgendermaßen: 14 unter 10 Jahren, 10 zwischen dem 10. und 20. Lebensjahre, 10 zwischen dem 20. und 30. — 5 zwischen dem 30. und 40. — 4 zwischen 40. und 50. — 4 zwischen 50. und 60. — 5 zwischen 60. und 70. Jahre. Der mitgetheilte Fall ist der erste, der am Norwich Hospital durch die vaginale Lithotomie operirt wurde, die anderen wurden extrahirt.

**Düvelius** (Berlin).

13) **Edward Malins** (Birmingham). Fall von Inversion des Uterus.

(Lancet 1885. Oktober 31.)

Eine 19jährige Erstgebärende bekam am 4. Tage nach der Geburt eine Inversion des Uterus. Von Zeit zu Zeit im Gefolge der Inversion auftretende heftige Blutungen brachten die Kranke sehr herunter. Etwa 5 Monate nach der Geburt kam die Kranke in die Behandlung des Verf. Von der Scheide aus vorgenommene Repositionsversuche blieben erfolglos. Da die Blutungen nicht nachließen, wurde die Laparotomie gemacht, um auf diese Weise die Reposition zu versuchen. Durch den Uterus wurden Seidenligaturen gelegt und der Zug an diesen durch Gegendruck auf den Uterus von der Scheide aus unterstützt. Auch dieser Versuch blieb erfolglos. Verf. erwägte bei dieser Operation sodann, ob man nicht die Ovarien entfernen und den Uteruskörper zur Schrumpfung bringen solle. Er nahm aber hiervon Abstand wegen der Jugend der Frau. Die Repositionsversuche von der Bauchhöhle aus wurden wegen bedrohlicher Zustände aufgegeben. Die Pat. erholte sich von der Laparotomie. Nach 3 Wochen veranlasste eine heftige Blutung zum Vorgehen gegen den Uterus. Es wurde eine elastische Konstriktion um das ganz in der Scheide liegende Corpus gelegt; die Pat. wurde unter Morphium gehalten. Desinficirende Ausspülungen. Nach 10 Tagen stellte sich heraus, dass der Uterus abgeschnürt war und nur noch an einem dünnen Bande hing, das mit der Schere durchschnitten wurde.

**Düvelius** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 32.** **Sonnabend, den 7. August.** **1886.**




## Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch heifse Vollbäder.

Von


Dr. **Arthur Hoffmann** (Darmstadt).


(Nach einem im Verein hessischer Ärzte zu Darmstadt gehaltenen Vortrag.)

In No. 44 des Jahrg. 1885 dieses Blattes berichtet A. Sippel (Frankfurt a/M.) im Anschluss an 2 von ihm an Nephriticis gemachte Beobachtungen über einen Fall, in welchem er wegen Beckenenge lediglich durch 3 an 3 auf einander folgenden Tagen gegebene heiße Bäder von 33—36,5° R., jedes von 20 bis fast 30 Minuten Dauer, die künstliche Frühgeburt eingeleitet hat, und fordert zur Wiederholung dieses Versuches auf. In einer zweiten Mittheilung in No. 14 des laufenden Jahrganges veröffentlicht derselbe Autor jedoch einen weiteren Fall von Einleitung der künstlichen Frühgeburt, in welchem diese Methode nicht zum gewünschten Ziele führte, in welchem selbst 10 heiße Vollbäder nur vorübergehende, schließlich immer schwächer auftretende und zuletzt gar keine Wehen mehr hervorriefen, so dass endlich zu einer anderen Methode, zur Einführung eines Bougie in den Uterus übergegangen werden musste. Diese beiden Beobachtungen veranlassten mich, in einem Falle, in welchem wegen hochgradiger Beckenenge die künstliche Frühgeburt indicirt war, ebenfalls den Versuch zu machen, dieselbe durch Anwendung heißer Vollbäder einzuleiten; zumal es auch außerdem von Interesse schien, den Einfluss der so lange dauernden Einwirkung einer so hohen Temperatur (33° bis 36,5° R. = 41,2°—45,6° C.) einerseits auf das Befinden der gesunden Schwangeren,

namentlich auf deren Temperatur und Puls, als auch andererseits auf die Lebensäußerungen der Frucht zu beobachten.

Zunächst sei der betreffende Fall kurz vorausgeschickt:

Frau R., 40 Jahre alt, XIpara. 1.—3. Niederkunft 1872—1876 schwer, circa 3 Tage dauernd, spontan; 2 Kinder starben kurz nach der Geburt, der 1874 geborene Knabe lebt jetzt noch. 4.—7. Niederkunft 1877—1881 3mal schwieriger Forceps (1 Kind starb nach 3 Wochen, 2 Kinder todtgeboren) und 1 spontan verlaufene, bald gestorbene Frühgeburt. Die 8.—11. Niederkunft 1883—1886 habe ich selbst beobachtet; die 8. und 9.: Abort im 4. Monat. Die 10. Niederkunft am 2. April 1885 gab Veranlassung zur genauen Beckenmessung: Auffallend kleine Person, keine Zeichen von Rachitis. Cristae 28 cm, Spin. 25 cm, Ext. 17,5 cm, Diag. 9,5 cm, Vera 7,5 cm. Der Verlauf der früheren Geburten lässt vermuthen, dass die Beckenverengerung im Laufe der Jahre zugenommen hat. Muttermund fast verstrichen, Fruchtwasser abgeflossen. Erste Schädellage. Kopf groß, sehr hart, über dem Beckeneingang querstehend, Kind lebt. Im Interesse der Mutter war die Entbindung indicirt: erfolgloser Zangenversuch; darauf Perforation und Kranioklastextraktion eines äußerst kräftig entwickelten Mädchens. Normales Puerperium.

Die 11. Schwangerschaft wurde in der 34. Woche künstlich unterbrochen und dies zunächst durch heiße Vollbäder versucht; die Schwangere fand zu diesem Zweck Aufnahme in dem hiesigen neuerbauten Alicehospital. Erstes Bad 19. April 1886 Morgens 10 Uhr 45 Min. — 11 Uhr 7 Min. von 33° — 34,5° R. 11 Uhr Puls 132. — 11 Uhr 5 Min. Puls 140. — 11 Uhr 19 Min. (12 Minuten nach dem Bad) Temp. 39,3°, Puls 108. — 11 Uhr. 40 Min. Temp. 38,8°, Puls 112. Weder während noch nach dem Bad eine Spur von Wehen; im Bad zuerst äußerst lebhafte Bewegungen der Frucht, nachher völlige Ruhe. Zweites Bad 20. April Morgens 10 Uhr 46 Min. — 11 Uhr 3 Min. von 35° R. Vor dem Bade (10 Uhr 30 Min.) Temp. 37,5, Puls 92, Herztöne 144. Da sich trotz Auflegen von Eiskompressen eine heftige Kongestion zum Kopfe objektiv und subjektiv bemerkbar machte und die Pulsfrequenz auf 168 gestiegen war, wurde das Bad nach 17 Minuten abgebrochen. Um 11 Uhr 11 Min. (8 Minuten nach dem Bad) Temp. 39,5°, Puls 120, Herztöne 124. Um 11 Uhr 52 Min. Temp. 38,6°, Puls 100, Herztöne 128. Keine Wehen. Drittes Bad 21. April Morgens 11 Uhr 2 Min. — 11 Uhr 22 Min. von 34°—35,5° R. Puls zuletzt im Bad 144. Um 11 Uhr 30 Min. (8 Minuten nach dem Bad) Temp. 38,9°, Puls 104. Keine Wehen. Viertes Bad 22. April Morgens 11 Uhr 26 Min. bis 11 Uhr 46 Min. von 33° — 35,5° R. Vorher (11 Uhr 20 Min.) Temp. 37,3, Puls 84, Herztöne 132. Puls zuletzt im Bad 132. Um 11 Uhr 57 Min. (11 Minuten nach dem Bad) Temp. 38,5°. Puls 96. Herztöne 130. Keine Wehen.

Wegen der absoluten Wirkungslosigkeit der heißen Bäder werden dieselben aufgegeben. Status den 23. April Morgens 10 Uhr 30 Min.: Cervikalkanal geschlossen, wie vor 14 Tagen bei der zuletzt vorgenommenen inneren Untersuchung; kein vorliegender Fruchttheil, die Frucht wechselt leicht und häufig ihre Lage. Ein elastisches Bougie (No. 13) wird unter allen antiseptischen Kautelen ca. 15 cm zwischen Uterus und Eihäute eingeschoben. 24. April Morgens 7 Uhr erste deutliche Wehen. 25. April Morgens 1 Uhr 15 Min.: Muttermund für 3 Finger durchgängig, Kopf frei beweglich über dem Beckeneingang; kombinirte Wendung nach Braxton Hicks[1]: 2. unvollständige Fußlage. Morgens 3 Uhr Extraktion, Lösung beider Arme. Lebendes, sofort laut schreiendes Mädchen. Schwere 2150 g, Länge 44,5 cm, Front. occip. 10,5 cm, Bipar. 9,5 cm, Bitemp. 7,0 cm, Kopfumfang 32,25 cm. Normales Puerperium.

In dem eben mitgetheilten Falle hatten die heißen Bäder also nicht die geringste Wehenthätigkeit angeregt. Dagegen war der Zustand der Schwangeren im heißen Bade, obwohl die betreffende Frau ein apathisch-indolentes Naturell besitzt, ein äußerst unbehaglicher. Heftiger Blutandrang zum Kopfe, Schwindelgefühl, starker Schweißausbruch im Gesicht, vermehrte Athemfrequenz, schnelle Erhöhung der Körpertemperatur und schließlich die so stark gesteigerte Herzthätigkeit (168 Pulse)

---

[1] Nach dem Vorschlage von Fehling, Centralbl. f. Gynäk. 1886. No. 10.

nahmen im 2. Bade einen fast bedrohlichen Charakter an, so dass die Schwangere sofort aus dem Bade gehoben werden musste. Und doch war dieselbe nur 17 Minuten lang in einem Bad von 35° R.; während Sippel den Bädern sogar eine Dauer von 30 Minuten gegeben und ihre Temperatur bis auf 36,5° R., also 45,6° C., gesteigert hat. Auf die Frucht scheint das heiße Bad ebenfalls nicht ohne Einfluss zu sein; sehr bald nach Beginn desselben waren regelmäßig äußerst lebhafte Bewegungen derselben zu konstatiren, dann trat völlige Ruhe ein. Die Frequenz der Herztöne sank nach dem 2. Bade von 144 auf 124 und hob sich dann nur sehr langsam, indem sie nach Verlauf von 41 Minuten auf 128 stieg. Dies Sinken der Herztöne ist um so auffallender, als man bei der beträchtlichen Steigerung der mütterlichen Körpertemperatur eher ein Steigen der Frequenz hätte erwarten sollen.

Nach Allem ist wohl der Schluss gestattet, dass die Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch heiße Vollbäder eine sehr unzuverlässige und dabei nicht ganz unbedenkliche Methode ist. Bestätigt wird dieser Schluss durch einen Blick auf die Litteratur, aus welcher überdies hervorgeht, dass derartige Vorschläge schon sehr alt sind.

Bereits der im 6. Jahrh. n. Chr. lebende Aëtius[2] von Amida führt langanhaltende warme Bäder als wirksames, Abortus beförderndes Mittel an und H. F. Kilian[3] sagt bei der Besprechung der künstlichen Frühgeburt ausdrücklich: »allgemein gekannt ist es, besonders aus den Beobachtungen Plessmann's, dass durch die besonders häufige Anwendung sehr warmer Bäder allein schon die Geburt in Gang kommen kann«. (Das hier angezogene Werk Plessmann's war mir leider nicht zugänglich; dasselbe ist 1797 in Paris unter dem Titel: »La Médecine puerpérale ou les Accidents de la maternité« erschienen, das Citat steht nach Kilian p. 118. Später hat namentlich Gardien[4] Bäder als »moyen doux« zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt gerühmt; wie es scheint allerdings mehr auf Grund theoretischer Überlegung als praktischer Ausübung.

Die Unzuverlässigkeit dieser Methode muss sich jedoch bald erwiesen haben; denn in der sehr eingehenden Monographie über die künstliche Frühgeburt von A. Krause[5] wird der Bädermethode nur ganz kurz zu allerletzt unter einer eigenen Rubrik, den »vorgeschlagenen erfolglosen Methoden«, Erwähnung gethan. Mit diesem Urtheil stimmen vollständig überein Scanzoni[6], welcher dieselbe unter denjenigen Methoden zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt aufzählt, welche »man jetzt allgemein wegen ihrer Unzulänglichkeit, theils wegen der mit ihnen verbundenen Gefahren« verlassen hat und schließlich Schröder[7], welcher die heißen Bäder nur des historischen Interesses wegen erwähnt, als eine derjenigen Methoden, »welche die Frühgeburt nur langsam und sehr unsicher herbeiführen und die zum Theil nicht ungefährlich sind«.

---

## 1) Paul F. Mundé (New York). Die Behandlung der Beckenabscesse bei Frauen durch Incision und Drainage.

(Amer. journ. of obstetr. 1886. Februar. p. 113.)

Der Zweck des Aufsatzes ist auf Grund eigener reicher Erfahrung die allgemeinen Principien zu rekapituliren, nach welchen Fälle von Beckenabscessen bei Frauen behandelt werden müssen. Die Schlüsse, zu welchen M. gelangt, sind folgende:

---

[2] Aetii medici Graeci contractae ex veteribus medicinae tetrabiblos. p. 868. Basileae 1542.

[3] Operative Geburtshilfe Bd. I. p. 325. Bonn 1834.

[4] Traité complet d'accouchemens, tome III. p. 17. Paris 1824.

[5] Die künstliche Frühgeburt p. 120. Breslau 1855.

[6] Lehrbuch der Geburtshilfe. 4. Aufl. Bd. III. p. 52. Wien 1867.

[7] Lehrbuch der Geburtshilfe. 4. Aufl. p. 245. Bonn 1874.

1) Beckenabscesse sind selten im Verhältnis zur Häufigkeit von Beckenexsudaten; wahrscheinlich kommen sie nicht mehr als in 10% aller Fälle vor, die große Mehrzahl endigt in Resorption.

2) Beckenabscesse sind entweder extraperitoneal, als Folge von Cellulitis oder intraperitoneal, nach Beckenperitonitis. Erstere sind bei Weitem die häufigsten. Sind sie intraperitoneal, so kann durch adhäsive Endzündung ein Abschluss der Beckenhöhle erfolgen, dass sie in praktischer Beziehung doch als extraperitoneal zu betrachten sind.

Abscesse der Eierstöcke und Pyosalpinx gehören meist in die Kategorie der eigentlichen Beckenabscesse und fallen nicht unter dieselben therapeutischen Regeln außer, wenn sie, durch Verklebung mit der Bauchwand oder dem Douglas, extraperitoneal werden.

3) Kleine, tiefsitzende Beckenabscesse, von nicht über zwei Unzen Inhalt, oder kleine multiple Abscesse im Zellgewebe können häufig zur Heilung gebracht werden durch einmalige Entleerung mittels des Aspirators. Das umliegende Exsudat wird dann rasch resorbirt.

4) Etwa die Hälfte sämmtlicher Abscesse öffnen sich spontan in Scheide, Mastdarm, Blase oder durch die Bauchwand und Fossa ischiadica. Diese Fälle können allmählich ohne Behandlung zur Heilung kommen oder die Fisteln und Höhlen dauern an, bis sie auf chirurgischem Wege geschlossen werden.

5) Abscesse, welche mehr als etwa zwei Unzen Eiter enthalten, müssen durch einen ausgiebigen Schnitt eröffnet werden unter Leitung einer Explorativnadel oder Hohlsonde, mittels des Fingers oder der stumpfen Curette ausgeräumt, drainirt und wenn nöthig ausgespült werden.

6) Diese Incision muss an der Stelle gemacht werden, wo der Eiter am deutlichsten zu fühlen ist, gewöhnlich dem Scheidengewölbe.

7) In einer gewissen Anzahl von Fällen kommt der Eiter durch die Bauchdecken, meistens in der Fossa iliaca zum Durchbruch. Die Incision soll ausgiebig sein und freie Drainage gestatten.

8) Wenn der Eiter tief im Becken liegt und eine Sonde von dem Schnitt in der Bauchwand nach dem Scheidengewölbe vordringt, so muss daselbst eine Gegenöffnung angelegt und eine Drainage durchgelegt werden, welche unter Umständen monatelang liegen kann.

9) Die Eröffnung des Abscesses an der Bauchwand ist nicht gefährlicher als an einer anderen Stelle der Körperoberfläche, sie kann nicht als Laparotomie betrachtet werden.

10) Chronische Beckenabscesse, welche sich spontan in Scheide oder sonst wohin entleert haben und seit Monaten oder Jahren bestehen, sind äußerst schwierig zu heilen. Besonders ist dies der Fall wenn die Öffnung hoch oben im Mastdarm sich findet.

11) Ein perityphlitischer Abscess kann durch die Bauchwand durchbrechen und Beckenabscess vortäuschen; Aspiration wird die Diagnose sichern; die Behandlung ist bei beiden dieselbe.

12) Die Mehrzahl der Beckenabscesse heilen, wenigstens ist die Mortalität klein.

**Engelmann** (Kreuznach).

---

## 2) **Sara Post.** Kolpohysterektomie bei Krebs.

(Amer. journ. of the med. sciences 1886. Januar-Heft. p. 113.)

## 3) **Coe.** Der gegenwärtige Stand der Uterusexstirpation bei bösartigen Geschwülsten.

(Annals of Surgery 1885. December-Heft. p. 486.)

In einer sehr ausführlichen Arbeit hat P. nicht weniger als 341 Fälle von vaginaler Hysterektomie aus der Litteratur zusammengestellt und bespricht eine Anzahl der diese Operation betreffenden Fragen nach der statistischen Methode. Die Natur des Aufsatzes gestattet eine auszugsweise Besprechung nicht und muss Ref. sich auf Wiedergabe des Schlussresumés beschränken.

1) Die Resultate der Operation haben sich mit der Zeit und der Zahl der Operationen progressiv gebessert.

2) Die Gesammtzahl von 341 Operationen hat bisher eine Durchschnittssterblichkeit von etwa 27% gehabt. In 222 Fällen mit 22% Sterblichkeit wurde die Peritonealwunde offen gelassen, bei 93 mit nur 18% Mortalität wurde die supravaginale Wunde mit Peritoneum umsäumt und zwar fallen hiervon 50 mit nur 10% Mortalität auf die letzten 3 Jahre. Am besten sind die bekannten Resultate von Martin mit 9, von Fritsch mit 8% Mortalität und die von Staude, welcher unter 18 Operationen keinen Todesfall hatte.

3) Von 97 Pat., welche die Operation überlebten, sind 18, oder 20% bis zum Ablauf von $1^1/_2$—2 Jahren gesund geblieben.

4) Daher stechen die letzten Resultate der vaginalen Hysterektomie nicht unvortheilhaft gegenüber den Exstirpationen anderer Organe wegen bösartiger Geschwülste ab.

5) Es ist in der medicinischen Litteratur die ausgesprochene Neigung wahrzunehmen, die Operation als legitim und nur den allgemeinen Gegengründen der übrigen Exstirpationen bei Krebs unterworfen, anzuerkennen.

Auch C. spricht sich in seinem Aufsatz in ganz demselben Sinne aus. Da er findet, dass die vereinzelten Fälle die Gesammtmortalität steigern, so plaidirt er dafür, sie nur berufensten Händen zu überlassen. Aus seiner Kritik der von Schröder aufgestellten Bedingungen ist hervorzuheben, dass er die Schwierigkeit der diagnostischen Feststellung derselben an einzelnen Beispielen erläutert.

Lühe (Demmin).

---

## 4) **Horatio R. Bigelow** (New York). Hysterektomie contra Oophorektomie bei Behandlung der Uterusmyome.

(Amer. journ. of obstetr. 1886. Februar. p. 137.)

B. verwirft entschieden die Oophorektomie als unsicher, schwierig in der Ausführung und gefährlich, unter Umständen verhängnisvoll in ihren Folgen, wenn wenigstens Tait's Ansicht richtig ist, dass der Masse der Geschwulst vollständig jede Nahrungszufuhr entzogen wird. Denn in diesem Falle ist nicht abzusehen, warum die ganze

Masse nicht nekrotisire und den Organismus inficire. Dies geschieht jedoch nicht aus dem einfachen Grunde, weil die Blutzufuhr nur vorübergehend wesentlich beeinträchtigt wird. Mary hat durch Versuche, welche Bigelow wiederholte, festgestellt, dass bei Ausschaltung der oberen zuführenden Gefäße sehr rasch sich Collateralkreislauf ausbildet. Weiter ist die Oophorektomie, wie allgemein zugegeben wird, schwierig in der Ausführung und giebt in anderen Händen als denen Lawson Tait's schlechte Resultate. Hysterektomie ist ebenfalls unter Umständen schwer ausführbar und gefährlich; wenn aber gelungen, so ist das Resultat ein radikales. Wenn also die Mortalität bei beiden die gleiche wäre, da müsste man sich unbedingt für letztere entscheiden. **Engelmann** (Kreuznach).

---

### 5) **Andreew** (St. Petersburg). Über Uterusgeräusche nach der Geburt.

(Verhandlungen der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft vom 17. April.)

Der Vortr. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse: Uterusgeräusch findet sich bei allen Frauen nach der Geburt; es unterscheidet sich von dem Geräusch bei und vor der Geburt durch geringere Stärke und größere Weichheit; die Orte, wo es am stärksten gehört wird, sind, wie bei der Geburt, die Seitentheile des Uterus, besonders an der Grenze des unteren Drittheils. Die Stärke hängt von dem Grade der Rückbildung der Gebärmutter ab; je mehr diese Rückbildung fortschreitet, desto schwächer wird das Geräusch; sonst haben weder Gestalt noch Lage des Uterus darauf Einfluss. Gewöhnlich verschwindet es am 7. Tage. Wochenbettskrankheiten haben darauf nur so weit Einfluss, als sie die Rückbildung der Gebärmutter verzögern.

In der darauf folgenden Diskussion wurden die Angaben des Vortr. nicht beanstandet, es wurden nur widersprechende Meinungen laut in Betreff des Ortes, wo das Geräusch entsteht: in den Venen, den Art. uterinis oder spermaticis. **Reimann** (Kiew).

---

### 6) **G. Heinricius** (Helsingfors). Über Stirnlagen und deren Behandlung.

(Howitz, Gynäkol. og obstetr. Meddel. Bd. V. Hft. 1—3.)

Eine litterar-historische kritische Darstellung der obengenannten Frage, welche in extenso vom Verf. als Habilitationsschrift für eine Docentur in Obstetrik an der Universität Helsingfors ausgegeben wurde. **Ingerslev** (Kopenhagen).

---

### 7) **E. Schönberg** (Christiania). Die Blutungen in der Nachgeburtsperiode und deren Behandlung.

(Klinisk Aarbog 1885.)

In der Entbindungsanstalt Christianias war die Zahl der bedeutenderen Post partum-Blutungen in den Jahren 1876—1884 unter

2533 Geburten, 51 d. i. 2%. In 4 Fällen, bei habituellen Blutern, wiederholte sich die Blutung in vielen Geburten. Bezüglich der Behandlung bespricht Verf. erst das Secale; für die Blutungen dieser Kategorie hat er nicht besonders starken Glauben an die momentane Wirkung des Mittels, eben so wie seine Erfahrungen über die prophylaktischen Ergotininjektionen kurz vor dem Schlusse der Geburt bei habituellen Blutern zu Gunsten des Secale sprechen. Zu einer roborirenden, tonischen Behandlung in der Schwangerschaft würde Verf. eher Vertrauen haben. Die Ausräumung der Coagula aus dem Uterus kann und darf entschieden durch äußere Manipulationen ersetzt werden. Aus der Reihe der übrigen bekannten Hämostatica hebt er besonders die guten Resultate hervor, die man in der Entbindungsanstalt Christianias durch die bimanuelle Kompression des Uterus gehabt hat; er macht auf die Beschreibung Hamilton's (Edinb. med. journ. 1850) derselben aufmerksam, die keine besondere Rücksicht gefunden hat, zum Theil aber mit der von Fasbender 1869 beschriebenen Methode analog ist, ohne dass dieser Autor Hamilton zu kennen scheint. Die Methode kann in verschiedener Weise nuancirt werden, S. aber will die folgende vorziehen: die gestreckten gesammten Finger der einen Hand liegen im vorderen Lakunar, drücken die vordere Lippe gegen die hintere und schließen somit die Cavität; gleichzeitig wird der Uterus von außen mit der anderen Hand gefasst, der Daumen an dem Fundus, die anderen Finger hinter dem Uterus, denselben anteflektirend, dieselben werden bis in die Fossa Dougl. geführt und treffen die im vorderen Laquear liegenden Finger der anderen Hand. Der Uterus wird dann fest geschlossen. Er ist jetzt geneigt, wieder den kalten Injektionen den Vorzug vor den heißen zu geben. Er warnt gegen viele Incitantia innerlich gegeben, weil sie Übelkeit hervorriefen und den Collaps steigern; in der letzten Zeit hat er koncentrirte Kochsalzlösung, theelöffelweise, mit gutem Erfolge gegeben. **Ingerslev** (Kopenhagen).

---

### 8) **Egbert Grandin.** Hegar's Zeichen für frühes Schwangerschaftsstadium.

(Med. record 1886. Februar 27. p. 241.)

G. macht auf die Sicherheit des Hegar'schen Zeichens für die ersten Schwangerschaftswochen aufmerksam. Namentlich im vorderen Cul de sac ist die stärker ausgebauchte Gestalt des Uterus schon in der 5.—8. Woche sehr deutlich, selbst für Anfänger und Verf. ist nie fehlgegangen, wenn er darauf hin die Frau für schwanger erklärte. Nur eine stark gefüllte Blase und ein durch zurückgehaltenes Menstrualblut ausgedehnter Uterus sollen damit verwechselt werden können, Zustände, welche anderweitig leicht ausgeschlossen werden könnten. **Lühe** (Demmin).

---

## 9) **Fordyce Barker.** Hypermangansaures Kali bei Amenorrhoe.

(New York med. journ. 1886. Februar 27. p. 238.)

## 10) **Billington.** Idem.

(Med. record 1886. März 6. p. 240.)

Barker hat sich veranlasst gesehen, das hypermangansaure Kali auf die Empfehlung Sydney Binger's als Emmenagogum zu versuchen. Er theilt die einer solchen Behandlung bedürftigen weiblichen Personen in 3 Klassen: 1) Junge Mädchen von 14—19 Jahren, welche zur Vollendung ihrer Erziehung nach der Großstadt kommen und dort überangestrengt werden (bei uns Gouvernantenexamen, Ref.); 2) Weiber aller Altersklassen, welche beim Antritt ihrer Auswanderungsreise von Europa nach Amerika sich im Beginn der Menstruation befanden und seiner Erfahrung nach dann regelmäßig Menstruationsstörungen zurückbehalten; 3) Frauen zwischen 40—50, welche unter mannigfachen nervösen Störungen und rascher Zunahme der Leibesfülle frühzeitig ihre Regeln zu verlieren beginnen.

In allen 3 Klassen hat B. das Mittel stets, so oft er es anwandte, von Nutzen gefunden und zwar ließ er es immer längere Zeit, circa 3 Monate gebrauchen.

Ähnlich günstig spricht sich Billington im 2. Aufsatz aus. Er wendete es ganz in der von Ringer vorgeschlagenen Weise an, 3—4mal täglich 0,05—0,12 unmittelbar vor der erwarteten Periode. Unzuträglichkeiten führte das Mittel nicht herbei, zuweilen musste es mehrmals benutzt werden. Lühe (Demmin).

---

## 11) **Davenport** (Boston). Dilatation des Uterus, eine Betrachtung einiger Methoden und ihres Werthes.

(Boston med. and surg. journ. 1885. December 31. p. 643.)

D. will im Allgemeinen die schleunige, gewaltsame Dilatation derjenigen durch Quellmittel vorziehen, von denen er den Pressschwamm ganz verwirft. Laminaria und Tupelo dagegen als weniger zu Infektion führend hingehen lässt. Namentlich in solchen Fällen, bei denen eine vollkommene Erweiterung nöthig ist, um den Finger einzuführen, oder einen Tumor zu entfernen, erreicht man zuweilen durch Dilatatoren nicht den erwünschten Grad der Erweiterung und man thut dann besser, derartige Stifte zu verwenden. Häufig ist es wünschenswerth, mit ihnen eine mäßige Erweiterung zu erzielen und dann mit Instrumenten nachzuhelfen, jedenfalls zieht er dies Verfahren der zweimaligen Einführung von Stiften rasch hinter einander vor. Bei Strikturen endlich will D. stets die blutige Erweiterung mittels schneidender Instrumente anwenden, obgleich er zugesteht, dass für diese Fälle die Frage noch nicht völlig entschieden sei.

Lühe (Demmin).

---

12) **Krassowsky.** Stickstoffoxydul.

Petersburg 1885.

Im Anschluss an die von Döderlein in der Naturforscherversammlung zu Straßburg angeregte Frage über die Verwendung des Stickstoffoxyduls zur Anästhesie bei Geburten erlaubt sich Ref. die Erfahrungen damit in der St. Petersburger Gebäranstalt anzuführen. In der 3. Auflage seiner »geburtshilflichen Operationslehre (St. Petersburg 1885) führt K. an, dass unter 43 Fällen der Anwendung von Stickstoffoxydul bei normalen Geburten 12mal die Schmerzen von der Gebärenden gar nicht gefühlt wurden, 22mal wurden die Schmerzen schwächer, 6mal nur sehr unbedeutend verringert, und in 3 Fällen traten Kopfschmerz, Athemnoth und starke Aufregung bei gesteigerter Schmerzhaftigkeit der Wehen auf. Von 14 Fällen krampfhafter Wehen hatte das Mittel nur in 5 Fällen guten Erfolg, in den übrigen Fällen musste nach vergeblicher Anwendung von Stickstoffoxydul zu Opium und Chloralhydrat (in Klystieren) gegriffen werden.

Auch Bromäthyl erwies sich als unsicher (wirksam nur in 6 von 10 Fällen), so dass in der Petersburger Gebäranstalt ausschließlich das Chloroform (schon vom Durchtritt des vorliegenden Theils durch den Muttermund an) angewendet wird. **Reimann** (Kiew).

---

13) **Thallon.** Äthernarkose.

(New York med. journ. 1886. Januar 2. p. 6 u. 24.)

Zur Äthernarkose, welche der mit Chloroform weit vorgezogen wird, wird ein von Skene und dem Autor angegebener, in letzter Zeit noch unwesentlich modificirter Apparat empfohlen. Der Hauptvortheil desselben besteht in der Möglichkeit, sowohl den Zutritt der Luft, als auch den des Äthers sicher zu regeln. Außerdem sind 2 selbstthätige Klappen vorhanden, welche bei der Exspiration fungiren und der ausgeathmeten Luft Ausgang nach außen gestatten und zugleich den Eintritt in den Ätherbehälter verwehren. Der recht komplicirte Apparat soll trotzdem vollkommen sicher und ohne Schwierigkeit arbeiten. **Lühe** (Demmin).

---

## Kasuistik.

14) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 25. Mai 1886.

Vorsitzender: Herr Reusche, Schriftführer: Herr Jaffé.

Herr Schütz: Über Lungenembolie im Wochenbett.

Redner theilt nach Besprechung der Luftembolie, der Embolie von infektiösen und nicht infektiösen Blutgerinnseln in die Lungen 3 Fälle der letzten Art mit, von denen zwei tödlich, einer in Genesung endigte.

1) 30 Jahre alte IIIpara, wegen Wehenschwäche leicht mit Forceps entbunden, stand nach normalem Wochenbette am 10. Tage auf. Die bis dahin ganz gesunde Frau fiel am 12. Tage, als sie ihr 2jähriges Kind auf dem Arme durch das Zimmer trug, plötzlich um und war in wenigen Minuten todt.

2) 21jährige Ipara wurde am 10. August 1884 nach 72stündiger Geburtsdauer wegen drohender Cervixruptur mittels Forceps und Kephalothrypsie — in Narkose, die ein Arzt leitete — entbunden. Etwa 20 Minuten, nachdem die Operation begonnen hatte, machte sich eine auffallende Veränderung im Aussehen der Pat. bemerkbar. Das bis dahin geröthete Gesicht wurde blass, leicht cyanotisch, die Athmung wurde frequenter, blieb aber regelmäßig; der Puls, welcher in Folge der immensen Erschöpfung schon 120 pro Minute betragen hatte, zeigte keine merkliche Veränderung; die Pupillen blieben eng, die tiefe Narkose hielt an. Da es nicht unwahrscheinlich war, dass eine Ruptura uteri stattgefunden hatte, wurde der Uterus mit der Hand abgetastet; derselbe zeigte indessen keine Verletzung. Nach einer Stunde trat Lungenödem ein und 3 Stunden post partum erfolgte unter Zunahme der Erscheinungen der Tod.

3) 34jährige VIpara wurde am 21. April 1886 l. o. K. entbunden; nach fieberfreiem Wochenbette stellte sich am 11. Tage eine Thrombose der linken Vena femoralis ein. Am 21. Tage 9 Uhr Morgens, als Pat. gegen Verordnung des behandelnden Arztes umgebettet, wegen Unterlegen eines Wasserkissens mehrfach bewegt und zweimal auf die Bettschüssel gesetzt worden war, trat plötzlich eine heftige Dyspnoe mit Collapserscheinungen ein. Respiration 50, Puls 160. Am Nachmittage, 8 Stunden später, betrug die Respiration noch 36, der Puls 140, am Herzen keine Geräusche, vorn über den Lungen nichts zu hören; der gefährliche Zustand gestattete nicht ein Aufsetzen der Pat. Das linke Bein war, obwohl es 10 Tage hochgelagert war, noch sehr stark geschwollen. Ord.: Digitalis $1^1/_2$ g, Eisblase auf das Herz; Excitantien.

Nach 24 Stunden waren alle Symptome sehr vermindert, nach 3 Tagen ganz geschwunden; bei der Auskultation der unteren Lungenlappen ließ sich nun Abnormes nicht mehr nachweisen.

Dieser letzte sehr selten zur Beobachtung kommende Fall gestattet anatomisch den Schluss, dass wahrscheinlich die Verlegung eines Viertels der arteriellen Lungenblutbahn schon sehr lebensgefährliche Erscheinungen hervorrufen kann. Therapeutisch erscheint die Darreichung einer großen Dosis von Digitalis, entgegen den sonstigen Erfahrungen bei größeren Lungenembolien, wenn es sich um Herzkranke handelt, hier dringend indicirt. Man hat es mit einem gesunden, bei normalem Klappenapparat arbeitenden Herzmuskel zu thun, welcher durch die Digitalis zur stärksten Thätigkeit angespornt dann am ersten im Stande erscheinen muss, durch Herstellung eines Collateralkreislaufes — die Lungenarterien sind bekanntlich keine eigentlichen Endarterien — die drohende Gefahr zu überwinden.

Diskussion. Herr Fränkel hält nur den letzten der angezogenen Fälle für ziemlich sicher in der Diagnose. Infarktbildung könne bei der Lungenembolie fehlen, da in der Lunge durch das große Lumen der Kapillaren und die Blut ansaugende Fähigkeit der Respiration 2 günstige Faktoren zur Vermeidung der Infarcirung gegeben seien. Daher könne auch das blutige Sputum dabei fehlen. Ist ein vorhandener Infarkt — was bisweilen vorkommt — nicht ganz luftleer, so kann er übrigens auch bei physikalischer Untersuchung übersehen werden. Häufigste Ursachen der Lungenembolie sind Thrombose der Vena femoralis oder der Beckenvenen. Ödeme können hierbei ganz fehlen, was für die Diagnostik von Wichtigkeit ist.

Herr Reusche citirt eine ältere Zusammenstellung Hennig's von 22 Fällen von Lungenembolie im Wochenbett. Hiervon genasen 8 und starben 14.

Herr Prochownik berichtet über 2 Fälle von Hirnembolie im Wochenbett. Im 1. bestand keine Sepsis, dagegen 11 Tage lang Fieber und typische cerebrale Lähmungserscheinungen. Heilung. Im 2. Fall entstand 9 Tage nach einem Abort plötzlich das typische Bild einer Hirnembolie. Über den weiteren Verlauf ist P. nichts Näheres bekannt, da Pat. in ein Spital ging.

Thrombenbildung entsteht besonders leicht bei längerem Stillliegen der Pat., wie bei Exsudaten u. dgl.

Herr Siemssen sah vor Jahren einen günstig verlaufenen Fall von Hirnembolie, der in 4 Wochen genas.

Herr Lewig sah ebenfalls einen einschlägigen Fall. Hier hatte eine Puerpera eine Schenkelvenenthrombose ganz gut überstanden, eben so eine mehrere Wochen später gemachte Dammplastik, die per primam heilte. Plötzlich bekam Pat. eine Embolie der A. pulmonalis, der sie erlag.

Herr Schütz glaubt nicht, dass diese Embolie mit dem Puerperium in Verbindung zu setzen ist, während Herr Fränkel dies doch für möglich hält.

Sitzung vom 22. Juni 1886.

Demonstrationen:

1) Herr Fränkel zeigt ein Carcinom des Ovarium, kombinirt mit Uteruscarcinom von einer 55jährigen Frau, die Ende Mai gestorben war. Die Sektion ergab diffuse eitrige Peritonitis, entstanden aus 2 Perforationsstellen des Sarcoms, die beiden genannten Neoplasmen, doppelseitige Hydronephrose und eine Strictura recti mit der üblichen Periproctitis fibrosa. Keine Zeichen überstandener Syphilis.

2) Herr Fressel demonstrirt ein von Dr. Staude exstirpirtes doppelseitiges Ovarialdermoid. In beiden Cysten fanden sich Knochen und Zähne, die zum Theil schon vor der Operation per vaginam durchgefühlt werden konnten.

3) Herr Lomer zeigt einen noch sehr jungen Fötus vor, der höchstens einige Wochen alt ist. Die Frau ist seit einem Jahr verheirathet und hat stets schmerzhafte Menses gehabt, die zuletzt 8 Wochen vor dem Abort aufgetreten waren.

4) Herr Prochownik giebt ein kurzes Referat über den diesjährigen 1. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie vom 17.—19. Juni in München.

---

## 15) Aus der Gesellschaft für Chirurgie zu Paris.

(Arch. de tocologie 1886. Januar 15.)

Sitzung vom 9. December 1885.

Segond berichtet über einen Fall von angeborenem Verschluss des Hymens. Derselbe betraf ein 20jähriges Mädchen; das zurückgehaltene Blut bedingte einen Tumor, welcher bis 2 cm unterhalb des Nabels reichte; derselbe war durch Hämatokolpos, nicht auch durch Hämatometra bedingt. In Narkose wurde durch einen Kreuzschnitt die Entleerung während $^3/_4$ Stunden bewirkt; nachher wurden Sublimatausspülungen (1 : 1000) 3stündlich gemacht, welche am 5. Tage nach Eintritt von Intoxikationserscheinungen ausgesetzt werden mussten; es erfolgte Heilung. Die sonst bei diesen Operationen öfters beobachteten üblen Ereignisse (intraperitoneale Blutungen, Infektion) waren nicht eingetreten. S. erklärt die sofortige, vollständige Entleerung für das angemessenste Verfahren. Bestehen gleichzeitig Hämatometra und Blutsäcke der Tuben, so sollen, um Blutungen zu vermeiden, starke Bewegungen und jeder starke Druck auf das Abdomen vermieden werden; Chloroformnarkose soll man wegen der Gefahr des Erbrechens nur anwenden, wenn man sich vorher überzeugt hat, dass die Pat. die Narkose gut verträgt.

Terrillon theilt einen Fall mit von Recidiv eines Ovarialkystoms. Bei einer 53jährigen Frau war durch Laparotomie eine Ovarialcyste exstirpirt worden, welche keinerlei Verdacht auf Malignität erweckte. Bei der Operation war colloider Inhalt in die Bauchhöhle gelangt. Nach 2 Monaten schwoll der Leib wieder an. Bei der nun ausgeführten Operation zeigten sich große Massen colloider Flüssigkeit im Abdomen, welche entfernt wurden. Nach anfänglichem Wohlbefinden trat Verschlimmerung des Befindens ein; 6 Wochen nach der Operation erfolgte der Tod.

Sitzung vom 16. December 1885.

Terrier erzählt im Anschluss an den Fall von Terrillon eine eigene Beobachtung von Recidiv bei cystischem Ovarialtumor. Bei einer 29jährigen Frau war eine Ovarialcyste entfernt worden; die festen Wandungen waren gebildet von einer Menge kleiner Cysten; die mikroskopische Untersuchung ließ den Verdacht auf Malignität aufkommen. Nach einem Jahre waren wiederum Tumormassen im Abdomen zu konstatiren; es wurde Laparotomie gemacht und ein Theil

des Tumors entfernt; es zeigte sich diffuse Carcinose der Bauchwand; Tod bald nach der Operation.

Sitzung vom 23. December 1885.

Terrier theilt einen von Defontaine (Creuzot) beobachteten Fall von Inversio uteri mit. Die Inversion bestand bereits seit 13 Jahren. D. legte eine elastische Ligatur an; nach 21 Tagen fiel der Tumor ab. Die Peritonealflächen des Uterus waren noch vollkommen intakt, obgleich die Inversion 13 Jahre bestanden hatte.

Tillaux, Trélat und Polaillon haben ebenfalls je 1 Fall durch elastische Ligatur mit Glück operirt. In Polaillon's Fall fiel der Tumor in 14 Tagen ab.

**Skutsch** (Jena).

### 16) J. Donat (Leipzig). Ein Fall von sogenanntem »Pseudomyxoma peritonei« (Werth).

(Archiv f. Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 3.)

Bei einer 38jährigen Frau, welche 3mal, zum letzten Mal vor 9 Jahren geboren hatte, war eine allmähliche Zunahme des Abdomen, später erst Abnahme der Kräfte und des Appetites eingetreten. Diagnose: Cystoma ovarii. Bei der Laparotomie stieß man nach Durchtrennung der Fascia transversa auf eine fast hyaline, trübe, weißliche gespannte Membran, das eigenthümlich entartete Peritoneum parietale. Nach Eröffnung desselben reichliche hellgelbe, gallertige apfelgeléeartige, klumpige Massen entleert. Die von Adhäsionen freie Cyste von eben solchen überzogen, dessgleichen die Därme, der Uterus, das Peritoneum parietale. Stellenweis fanden sich in den Gallertmassen feine, dunkelrothe Ekchymosen und zarte Gefäßbäumchen. An der Rückwand der Cyste eine runde, für 2 Finger durchgängige Öffnung. Nach manueller Ausräumung des Gallertinhaltes der ersteren Hervorwälzung; Abbindung der untersten sich in die Blätter des Lig. latum senkenden Kuppe. Nach Abtragung des Tumors Thermokauterisation des noch aus Cystenresten bestehenden Stieles. Da trotz sorgfältiger Entfernung aus der Bauchhöhle immer neue Massen von Gallerte vordrangen, Ausspülung mit 2%iger Kochsalzlösung mit Salicylsäure (1 : 500) bei 38° C. 5 Liter verwandt. Schluss der Bauchhöhle.

Die ersten Tage post operat. wechselndes Fieber, heftiges Erbrechen, z. Th. fäkulenter Natur, das erst nach 2 maligem Ausspülen des Magens nachließ. Am 11. Tage nach der Operation starke Blutung aus der Scheide in Folge nekrotischer Abstoßung von Stücken der hinteren Scheidenwand und vom hinteren Scheidengewölbe (marantische Thrombose). Pat. nach 5 Wochen bei gutem Kräftezustand geheilt entlassen.

Die chemische Untersuchung der entfernten Gallertmassen ergab nur geringe Spuren von Mucin, dagegen leicht fällbare Eiweißkörper. Der Versuch bei einem Kaninchen durch Einbringung von Cysteninhalt in die Bauchhöhle dieselbe Form von Peritonitis zu erzeugen, wie sie beim Menschen beobachtet wurde, fiel negativ aus.

Im Wesentlichen ist dieser Fall dem von Werth (cf. Referat dieses Blattes 1884 p. 799) beschriebenen analog. Nur endete er nicht letal wie dieser und andere. D. sucht diesen günstigen Ausgang darauf zurückzuführen, dass zu einer Zeit operirt wurde, als die Peritonitis noch in ihren Anfängen, der Kräftezustand der Pat. ein leidlicher war. Sowohl die Cyste wie der größte Theil der gelatinösen Massen konnte entfernt werden. Neue Reizungen des Peritoneum waren also nicht mehr vorhanden. Der an der Darmserosa haftende gelatinöse Überzug wurde allmählich resorbirt.

Die Bezeichnung »Pseudomyxoma peritonei« hält D. für keine glückliche. Er ist der Ansicht, dass es richtiger sei, die Affektion des Peritoneum einfach Fremdkörperperitonitis zu benennen.

**Graefe** (Halle a/S.).

### 17) Leopold (Dresden). Zwei weitere Kaiserschnitte (4. und 5.) mit Uterusnaht, ohne Resektion der Muscularis.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 3.)

21jährige IIgravida. Allgemein verengtes platt-rachitisches Becken (C. v. 6 cm). Erste Entbindung durch Kunsthilfe nach 2tägiger Geburtsdauer beendet. Todtes

Kind. 2. Schädellage. Trotz 27stündiger kräftiger Wehenarbeit das straffe Collum nicht erweitert. Blase gesprungen. Temp. 38,6, Puls 128. Sectio caesarea nach Sänger'scher Methode, aber ohne Resektion der Muscularis. Schwierigkeiten bei Vernähung des Wundwinkels am unteren Uterinsegment, welches in Folge des langdauernden Druckes seitens des Kopfes handbreit ödematös. Blutverlust sehr gering. Dauer der Operation $1^1/_2$ Stunde. Lebendes Kind. Exitus letalis der Wöchnerin am 4. Tage in Folge von fibrinös-eitriger Peritonitis.

L. ist der Ansicht, dass der ungünstige Ausgang verschuldet sei 1) durch zu langes Abwarten, bis die Pat. zur Operation kam; 2) durch den sehr lang ausgefallenen Uterusschnitt, die schwierige Nahtlegung und die lange Dauer der Operation. In Zukunft wird er, wenn bereits eine erhebliche Quetschung des unteren Uterinsegments stattgefunden, eine Infektion wahrscheinlich ist, den entzündeten Uterus nach Porro entfernen.

Der zweite Fall findet sich bereits in diesem Blatt (1885 p. 394) referirt. Es kann desswegen davon abgesehen werden, die Details derselben hier noch einmal zu wiederholen. Es sei nur erwähnt, dass weder eine Unterminirung der Serosa noch eine Resektion der Muscularis vorgenommen wurde, da die erstere sich von selbst bogenartig über die Wundränder einfalzte. Der Verlauf war kein glatter. Über 3 Wochen wechselnd starkes Fieber. Am 5. Tage post operationem platzte die Bauchdeckenwunde in Folge heftigen Erbrechens an mehreren Stellen auf. Pat. nach 2 Monaten mit einer kleinen Fistel entlassen.

Die Schlüsse, welche L. aus diesen beiden und den früher von ihm und Sänger operirten Fällen in Bezug auf die Operationsprincipien für die Sectio caesarea zieht, fasst er in folgenden Hauptregeln zusammen:

1) Die zu Operirende untersuche man innerlich möglichst wenig; wasche aber sorgfältig ihre äußeren und inneren Genitalien mit Sublimat (1 : 2000) oder Karbolwasser (3%).

2) Man operire möglichst früh; Ende der ersten Geburtsperiode.

3) Man versichere sich einer guten Assistenz, welche sich über den Gang der Operation nach allen Richtungen genau vorher unterrichten muss.

4) Der Uterusschnitt dringe nur bis an das verschiebliche Peritoneum heran und werde eventuell nach dem Fundus hin verlängert.

5) Nach der Entwicklung des Kindes, also noch vor Ablösung der Placenta, lasse man den Uterus aus der Bauchhöhle schlüpfen und

6) bewirke die Blutstillung mit Kompression des Collum uteri durch eine elastische Ligatur, eventuell durch die Hände.

7) Unterminirung und Resektion nehme man nur vor, wenn die Serosaränder sich nicht von selbst durch den Muskelzug einfalzen, sondern wenn die Wundflächen vorquellen. Erscheint aber die Zurüstung der letzteren nothwendig, dann unterminire man erst und resecire dann. Beides wird vermuthlich immer zu entbehren sein.

8) Die Uteruswunde nähe man zuerst mit tiefen Silbernähten unter Vermeidung der Decidua. Adaptirt werden die inneren Kanten der Muskelflächen am besten, wenn man vor dem Zusammendrehen der Drähte den Uterus seitlich komprimirt. Dadurch klaffen die äußeren, vereinen sich aber die inneren Ränder. Zieht man nun die Drähte zusammen, so schließt sich die Uteruswunde dicht und unter den Augen des Operateurs von innen nach außen. Vor dem zu scharfen Anziehen der Silberdrähte möge aber gewarnt sein!

Die oberflächlichen Nähte erfolgen am besten mit dünner Seide. Falzt man dabei die Serosa ein, was meist von selbst erfolgt, so durchsticht die oberflächliche Naht jeden serösen Wundrand in den mittleren Theilen des Schnittes am besten immer zweifach; an den Enden wird das einfache Durchstechen genügen.

9) Nach der Uterusnaht ist die elastische Ligatur zu entfernen. Alles Übrige geschehe nach den Regeln einer Laparotomie.

Graefe (Halle a/S.).

18) **F. Torggler** (Innsbruck). Zwergbecken mit Lumbosacralkyphose.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 3.)

Bei der 53jährigen, auffallend kleinen und zierlichen Person musste von einer inneren Austastung und Messung des Beckens wegen auf seniler Atrophie der Scheide beruhender Enge derselben Abstand genommen werden. Die äußere Beckenmessung ergab ein im Eingang allgemein erweitertes, im Ausgang allgemein, doch ungleichmäßig, am überwiegendsten in querer Richtung verengtes Becken, das von einer lordotischen Wirbelsäule theilweis überdacht war. Auffallend war, trotz der konstatirten allgemeinen gleichmäßigen Erweiterung im Beckeneingang, die Kleinheit der C. ext., die geringe Distanz der Sp. ant. sup., der Cr. oss. ilei und der Trochanteren, welche sich alle mehr oder weniger unter der Norm hielten. Die Erklärung für diese auffallende Thatsache liegt darin, dass es sich um ein der Größe der Frau entsprechendes Zwergbecken handelte.

Was die genauere Diagnose der vorhandenen Beckenanomalie betrifft, so kam, da aus Anamnese und objektivem Befund Rachitis und Osteomalakie mit Sicherheit auszuschließen waren, nur mehr das spondylolisthetische und das lumbosacralkyphotische Becken in Betracht. T. entscheidet sich für das letztere, da bei allen Beugebewegungen des Rumpfes die Lordosis sich gleich blieb (Neugebauer), ferner die S-Krümmung der Darmbeinkämme auffallend verringert und deren abgerundete Winkel weiter von einander abstanden (Breisky). Auf Grund dieser Thatsachen spricht er das Becken als ein lumbosakral-kyphotisches, trichterförmig verengtes, leicht asymmetrisches Zwergbecken an. Die Trägerin desselben hat nicht weniger als 11mal geboren, 5mal ausgetragene reife Früchte, von denen das erste am vorausgehenden Schädel perforirt, 2 mit der Zange entwickelt, 2 nach vorausgegangener Wendung extrahirt wurden. Nur eines kam lebend und lebensfrisch zur Welt, während die anderen asphyktisch waren. Außer diesen ausgetragenen, reifen Früchten hat die Frau noch 4 lebensfähige Früchte, schließlich 2 unreife im 7. resp. 8. Monat geboren.

F. wirft die Frage auf, wie es denkbar sei, dass der Schädel einer lebensfähigen, beziehungsweise ausgetragenen Frucht ein derartig verengtes Becken zu passiren vermag. Er beantwortet sie dahin, dass dies nur auf Rechnung einer Verschiebbarkeit des Beckens geschehen könne. Auf das Vorkommen einer solchen bei der fraglichen Beckenform, einerseits bedingt in einer abnormen Dehnbarkeit der Beckengelenke, in der Beweglichkeit der lordotischen Wirbelsäule andererseits, haben schon Lambl, Mohr und Korsch aufmerksam gemacht. Sie ist in Bezug auf die Prognose der Geburt für Mutter und Kind nicht außer Acht zu lassen und muss die Wahl des einzuschlagenden Operationsverfahrens beeinflussen.

Die Ansicht Schauta's, dass selbst bei hochgradigen Verengerungen dieser Beckenform nur ausnahmsweise Kaiserschnitt oder Perforation, sondern gewöhnlich die Zange zur Anwendung komme, oft aber spontane Geburten beobachtet werden, findet durch den vorliegenden Fall eine Bestätigung.

**Graefe** (Halle a/S.).

19) **C. H. Lewis** (Jackson). Dystokie in Folge kreisförmiger Kontraktion des mittleren Uterinsegmentes.

(Amer. journ. of obstetr. 1886. Januar. p. 32.)

So häufig krankhafte Kontraktilität des unteren Segmentes ein unangenehmes Geburtshindernis besonders bei Primiparis bildet, so selten tritt im Allgemeinen dieser Zustand an den transversal verlaufenden Muskelbündeln des Bandl'schen Ringes ein. Es handelte sich um eine 26jährige Primipara. Dieselbe war stets gesund gewesen, von kleinem aber regelmäßigem Wuchs und am Ende ihrer Schwangerschaft. Seit 8 Stunden hatten Wehen bestanden, dennoch konnte bei der Untersuchung der Zeigefinger nur mühsam in den Muttermund eindringen, dessen Rand dick und rigid war. Die Wehen waren kräftig, dennoch erfolgte eine Erweiterung des Muttermundes nur sehr allmählich. Es fand sich zweite Steißlage. Die Eihäute waren nicht zu fühlen, waren also wahrscheinlich zerrissen, obgleich kein Wasser abgeflossen war. Diese Meinung wurde zur Gewissheit, als bei jeder Wehe

sich Meconium entleerte. Nachdem der Muttermund vollständig eröffnet war, trat unter guten Wehen der Steiß rasch in den Beckenausgang, hier jedoch blieb er trotz sehr kräftiger Wehen unbeweglich, unter starker Anschwellung aller Weichtheile des Beckens. Volle Narkose änderte nichts in dem Zustand. L. geht nun mit der Hand ein, um einen Fuß herabzuholen und findet in dem stark kontrahirten Uterus, der das Vordringen der Hand zu einem sehr schwierigen machte, in der Nähe des Fundus ein zusammengezogenes Band von Muskelfasern, welches den Hals und die Füße des Kindes umschloss und den Uterus in zwei Abtheilungen theilt, also eine wahre Sanduhrkontraktion. Mit einiger Mühe konnte die Hand das Hindernis überwinden und zu den Füßen gelangen, es war jedoch unmöglich, dieselben herabzuführen, da die feste Kontraktion des unteren Segmentes jedes Schließen der Hand zur Unmöglichkeit machte. $1^1/_2$ Stunde verweilt die Hand in der Lage, in der Hoffnung, dass eine Entspannung eintreten würde, welche das Herabbringen des Fußes ermöglichte; endlich musste sie resultatlos herausgezogen werden, da jedes Gefühl verloren war. Bei wiederholtem Eingehen gelingt es endlich, den einen Fuß mit großer Mühe herabzubringen, an dem es mit großem Kraftaufwand gelang, ein todtes Kind von 10 Pfund Gewicht zur Welt zu befördern. Secale war nicht gegeben worden. **Engelmann** (Kreuznach).

## 20) **Koeberlé.** Über Parovarialcysten.

(Gaz. méd. de Strasbourg 1886. No. 1.)

In einem in der Société de méd. gehaltenen Vortrage giebt Verf. einen allgemeinen Überblick über die Parovarialcysten, ihre Entstehung etc., der nichts wesentlich Neues zu unserem bisherigen Wissen bietet.

Unter den von ihm operirten Fällen traf er zweimal die Cysten doppelseitig an und ebenfalls in 2 Fällen boten dieselben sackartige Auswüchse, von denen der eine 7—8 cm lang war, dar.

Die Diagnose stütze sich immer auf das gute Aussehen der Pat., auf das langsame Wachsthum des Tumors, auf die deutliche Fluktuation und vorzüglich auf das Aussehen des Punktionsinhaltes.

Der Exstirpation der Cyste soll immer erst die Punktion vorangehen; die Jodinjektion wird vollkommen verworfen. **Menzel** (Görlitz).

## 21) **Charles** (Liège). Enges Becken; Schädellage mit Vorfall der Nabelschnur; Zangenversuch; Perforation; Kephalothrypsie. Heilung.

(Journ. d'accouch. 1885. No. 23.)

24jährige Ipara; deutlich ausgesprochene Rachitis an den Unterextremitäten; seit 3 Tagen in der Geburt; spontaner Blasensprung; kräftige Wehen bringen den Kopf nicht zum Eintritt ins Becken. Erfolgloser Zangenversuch in der Stadt.

Überführung in die Maternité. 1. Schädellage; Kind lebt; Kopf beweglich über dem Eingang; Vorfall einer Nabelschnurschlinge; Conj. diag. 7 cm. Trotz Abwarten schreitet die Geburt nicht fort. Perforation (Blot'sches Perforatorium). Kephalothrypsie. Knabe, 52 cm, 2820 g ohne Hirn. Wochenbett in den ersten Tagen fieberhaft mit einleitendem Frost; mehrfache intra-uterine Sublimatirrigationen (1 : 1000); seitdem fieberfreier Verlauf; Heilung. **Menzel** (Görlitz).

## 22) **Long.** Uterine Irrigation.

(Illustrirte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik 1885. Hft. 12.)

Um bei Irrigationen einen ausreichenden Abfluss zu sichern', hat L. um eine gewöhnliche, mit einem knopfförmigen, mehrfach durchlöcherten Ende versehene Uteruskanüle als Achse einen vierblätterigen federnden Dilatator angebracht, dessen Öffnung durch eine am Griff befindliche Schraube regulirt wird und der hauptsächlich den inneren Muttermund dilatiren und für den Abfluss der Irrigations- resp. Injektionsflüssigkeit eröffnet erhalten soll. **Menzel** (Görlitz).

## 23) **Hamon.** Neue Geburtszange mit reduktiblen Löffeln.

(Illustrirte Monatsschrift der ärztl. Polytechnik 1886. Hft. 3/4.)

H. hat eine neue Zange mit reduktiblen Löffeln angegeben. Dieselbe soll bei noch nicht erweitertem Muttermund eingelegt werden, wenn nach Einführung des

ersten Löffels die Anlegung des zweiten Schwierigkeiten macht. Die beiden Branchen können bis zum unmittelbaren Kontakt einander genähert werden. Die Komplicirtheit und die Schwierigkeit der Desinfektion dieser Zange dürfte wohl ihrer Einbürgerung im Wege stehen. **Heilbrun** (Kassel).

### 24) Ohr. Ein neuer Dilatator und Korrektor.

(Illustrirte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik 1885. Hft. 12.)

Zur Dilatation, so wie zur Ausgleichung inflektirter Richtungen am Uterus soll das Instrument dienen. Die Dilatation wird durch einen kleinen Gummiballon an der Spitze des Instruments erzielt, der durch eine Birne, die nahe dem Griff angebracht ist, mit Wasser oder Luft aufgetrieben und vergrößert werden kann. Die Korrektion von Knickungen wird bewerkstelligt durch einen Metallstab, welcher in dem Ballon beweglich und verschieblich ist. Wieder ein komplicirtes und unpraktisches Instrument mehr in dem wahrhaft ausreichenden Instrumentarium der kleinen Gynäkologie. Ref. **Menzel** (Görlitz).

### 25) Geisler. Sublimatseife.

(Pharmaceut. Centralhalle 1886. No. 5.)

G. ist es gelungen, durch Zusammenmischen von Sublimat mit Seife, die überschüssige Fettsäure enthält, eine haltbare Sublimatseife herzustellen. Selbst nach Monaten ist keine Veränderung an derselben wahrzunehmen. Der geringste Fehler bei der Darstellung giebt sich dadurch kund, dass schon nach kurzer Zeit die Seife schwarz, später aber silbergrau wird.

Johne (Dresden) hat eine Anzahl Versuche über die desinficirende Wirkung dieser Seife angestellt. Wir geben den Wortlaut wieder: Reinkulturen von Milzbrandbacillen auf Kartoffeln, welche bei 36° C. nach 6—7 Tagen einen dicken, weißlichen, schmierigen, fast nur aus Milzbrandsporen bestehenden Belag bilden, wurden mit geglühtem Messer von der Kartoffel abgestrichen und mit sterilisirtem Wasser in einem Uhrschälchen zu einem dünnen Brei verrieben. In diesen wurden ca. $1^1/_2$ cm lange Stückchen sterilisirte Seidenfäden gebracht, gehörig durchknetet und auf Glasplatten ausgebreitet und bei 60° rasch getrocknet. Mit diesen durch Milzbrandsporen inficirten Seidenfäden wurden folgende Versuche angestellt. Es wurde mit der Sublimatseife und Wasser ein Näpfchen Sublimatseifenschaum hergestellt und zugleich eine Glasplatte mit flüssiger Fleischpeptongelatine. Beim ersten Versuch wurden 12 der inficirten Seidenfäden ca. $^1/_2$ Minute in den Schaum gelegt und in diesem mehrmals umgerührt. Dann wurden die Fäden rasch herausgenommen, mit destillirtem Wasser der Seifenschaum ordentlich abgespült und schnell in die Nährgelatine gebracht. Zur Kontrolle kamen auf dieselbe Tafel zwei gleiche Milzbrandseidenfäden, welche eine gleich lange Zeit mit sterilisirtem Wasser abgespült und zwei andere, die gar nicht behandelt worden waren.

Auf eine zweite Gelatineplatte wurden 12 Milzbrandseidenfäden gebracht, welche 1 Minute, auf eine dritte etc. solche, welche 2, 3, 4, 5 Minuten mit dem Seifenschaum behandelt worden waren. In jede der Platten wurden auch 4 der nur mit sterilisirtem Wasser oder gar nicht behandelten Fäden gebracht. Sämmtliche Platten wurden in zwei feuchten Kammern bei 15° R. stehen gelassen und zeigten nach 3 Tagen folgenden Befund: An keinem einzigen der mit Sublimatseifenschaum behandelten Fäden hatte sich innerhalb 8 Tagen eine Milzbrandentwicklung bemerkbar gemacht, während sich an den Kontrollfäden bereits vom 3. Tage an die Milzbrandkulturen entwickelten und zwar bei beiden Arten der Fäden in gleicher Weise. Andere Versuche ergaben dasselbe. Die Sublimatseife (in der Zusammensetzung 1 : 100) hatte also die Milzbrandsporen getödtet. Dieselbe ist daher zum Waschen der Hände sehr empfehlenswerth. **Heilbrun** (Kassel).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

**Zehnter Jahrgang.**

**Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.**

**No. 33. Sonnabend, den 14. August. 1886.**




## Das Ergotin und die neuen Kobert'schen Mutterkornpräparate.

Von


**M. Graefe** in Halle a/S.


In seiner sehr werthvollen Arbeit über die Bestandtheile und Wirkungen des Mutterkorns[1] und einer dieselbe ergänzenden Mittheilung in diesem Blatt[2] bricht R. Kobert den Stab über die heut zu Tage gebräuchlichsten Secaleextrakte. Sie enthalten hauptsächlich Ergotinsäure; dieser aber kommt nach den von K. an verschiedenen trächtigen und nicht trächtigen Thieren, so wie am isolirten überlebenden Uterus angestellten Versuchen eine wehenerregende Wirkung nicht zu. Er spricht daher »den Praktikern, welche noch jetzt behaupten, dass das Ergotin unserer Apotheker oder das Fluidextrakt der Amerikaner unfehlbar Wehen erzeuge, die Gabe der kritischen Beobachtung« ab. Die subkutane Verwendung der Mutterkornpräparate, also auch des Ergotins räth er so lange aufzugeben, bis die reinen wirksamen Substanzen hergestellt und käuflich sind.

Stimmen die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen der Geburtshelfer und Gynäkologen mit den Resultaten der K.'schen Thierexperimente überein? Nein! Fast Allen wird es in einer Reihe von Fällen vorgekommen sein, dass bei stomachaler oder subkutaner Applikation die wehenerregende Wirkung des Ergotins

[1] Über die Bestandtheile und Wirkungen des Mutterkorns. Leipzig 1884, F. C. W. Vogel.

[2] No. 20 dieses Jahrganges p. 306.

ausblieb; in einer anderen aber — nach meiner Erfahrung in der Mehrzahl — tritt sie ein. Frauen, welchen ich Ergotin[3] verordnet, haben mir meist berichtet, dass sie kürzere oder längere Zeit, nachdem sie das Mittel in einer oder der anderen Weise erhalten, intermittirende ziehende Schmerzen im Unterleib und Kreuz empfunden. Solche, welche schon geboren oder abortirt hatten, bezeichneten sie direkt als wehenartig.

Es ist dies eine allgemein bekannte Beobachtung. Vor Allem hat die in den letzten 12 Jahren überaus häufig geübte Ergotinbehandlung der Uterusmyome Gelegenheit gegeben, sie zu machen. So schreibt Schröder[4]: »In 2—3 Stunden nach der Injektion treten auch bei diesem Präparat oft sehr heftige Schmerzen auf, die aber durch Uteruskontraktionen hervorgerufen werden und das sicherste Zeichen der Wirksamkeit des Präparates sind.« Fritsch[5] äußert sich folgendermaßen: »Ein Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung sind etc. — und die alltägliche Beobachtung, dass nach Ergotininjektionen schmerzhafte Uteruskontraktionen folgen.« Winckel[6] sieht in dem Ergotin ein ausgezeichnetes Mittel »dem Entstehen und dem Wachsthum von Myomen durch Erregung von Kontraktionen seiner Muskulatur und durch verminderte Blutzufuhr vorzubeugen«. Es wird nach diesen den Lehrbüchern dreier unserer bedeutendsten Gynäkologen entnommenen Citaten der Anführung gleichlautender Äußerungen anderer Autoren nicht bedürfen, um zu beweisen, dass der Glaube an die wehenerregende Wirkung des Ergotins unter den Praktikern ein allgemein verbreiteter — und begründeter ist.

Wie aber schon erwähnt wurde, gelingt es in manchen Fällen nicht, durch Ergotin Kontraktionen der Gebärmutter auszulösen. An diesem negativen Erfolg kann das Präparat selbst, aber auch das Versuchsindividuum die Schuld tragen. Die Erregbarkeit des resp. der Wehencentra ist bei dem einen größer wie bei dem anderen; derselbe Reiz erregt daher bei jenem Wehen, bei diesem nicht. Nur so lassen sich Fälle, wie ich sie wiederholt beobachtet, erklären, in welchen (es handelte sich um frisch puerperale, also an sich besonders leicht erregbare Uteri) dieselbe Dosis desselben Präparates an demselben Tag und in gleicher Weise verabreicht bei der einen Pat. kräftige Wehen hervorrief, bei der anderen nicht. Die in der Stuttgarter Landeshebammenschule mit dem Kobert'schen Cornutin (nur in 3 Fällen wurde die Dosis von 5 mg überschritten) an Kreißenden angestellten Versuche haben ähnliche Resultate ergeben. Ein entschiedener Erfolg ließ sich bei 34,7%, ein wahrscheinlicher in 28,2%, ein zweifelhafter in 17,3%, keiner in 19,5% der Fälle konstatiren. Also auch dies Präparat, welchem K. doch eine ganz specifische wehenerregende und wehenverstärkende Wirkung zuschreibt und auf Grund seiner Thierexperimente zuschreiben muss, führt, in derselben Dosis gegeben, beim Menschen zu sehr verschiedenen Resultaten. Bei Anwendung des Ergotins habe ich mich wiederholt überzeugt, dass seine scheinbare Unwirksamkeit auf einer für das betreffende Individuum zu geringen Dosis beruhte. Wurde diese gesteigert, z. B. beim frisch puerperalen Uterus den ersten 2 noch 2 weitere subkutane Injektionen einer 20%igen Lösung (ich mache dieselben seit Jahren nicht am Abdomen, sondern an den Oberschenkeln, weil die Injektionsstellen mehrere Tage schmerzhaft bleiben und in Folge dessen das Urtheil über die Druckempfindlichkeit des Uterus und seiner Umgebung trüben können) nachgeschickt, so stellten sich kräftige Nachwehen ein, welche die ersten beiden Injektionen nicht auszulösen vermochten. Dasselbe habe ich bei stomachalem Gebrauch am nicht graviden Uterus beobachtet.

Die Frage liegt nahe, warum das Ergotin, wenn es Wehen zu erregen resp. zu verstärken im Stande ist, nicht auch inter partum angewandt wird. Der Grund hierfür ist wie bei dem Secale selbst der, dass es zwar Uteruskontraktionen hervorruft, diese aber sehr schnell nach ihrem Auftreten einen krampfartigen Charak-

---

[3] Ich selbst bediene mich stets nur des Ergot. aq. bisdepur. Wernich.

[4] Handbuch d. Krankheiten d. weiblichen Geschlechtsorgane. 3. Aufl. p. 237.

[5] Die Krankheiten der Frauen. p. 279.

[6] Lehrbuch der Frauenkrankheiten. p. 489.

ter annehmen, zu einer anhaltenden Zusammenziehung, bei stärkeren Dosen zu einem Tetanus der Gebärmutter führen. Diese Wirkung ist nach der Geburt des Kindes und nach der Lösung der Nachgeburt gerade die, welche wir wünschen; eben so bei einer Reihe pathologischer Zustände des nicht graviden Uterus, vor Allem bei Myomen desselben, ferner bei Subinvolution, bei Metrorrhagien. Während der Geburtsthätigkeit aber ist sie für Mutter und Kind geradezu gefahrbringend. Hier bedürfen wir eines regelrechten Wechsels zwischen kräftigen Wehen und zwischen Wehenpausen.

In jüngster Zeit sind 2 Präparate in den Handel gekommen, welche in diesem Sinn auf die Thätigkeit des kreißenden Uterus einwirken sollen, das Extractum secalis cornuti Denzel und das Kohlmann'sche Fluidextrakt. Das erstere ist von der Tübinger geburtshilflichen Klinik aus[7], das letztere von Schatz[8] geprüft und warm empfohlen worden. Kobert erwies sich auch das Kohlmann'sche Präparat bei seinen Versuchen wirkungslos.

Ihm ist es aber gelungen, eine Substanz aus dem Mutterkorn, das zuvor schon erwähnte Cornutin, herzustellen, welche, wie seine Thierexperimente ergaben, specifische wehenerregende und wehenverstärkende Wirkungen besitzt. Bringt es dieselben beim Menschen in gleicher Weise hervor, so haben wir ein überaus werthvolles Präparat für die Geburtshilfe gewonnen. Bis jetzt ist es praktisch nur in der Landeshebammenschule zu Stuttgart verwerthet worden. Über die Resultate der hier angestellten Versuche hat Erhard[9] in diesem Blatt berichtet. Zwar ist die Zahl der letzteren noch keine sehr große. Immerhin aber verdienen ihre Ergebnisse die Beachtung des Praktikers.

Dass die Wirkung bei kreißenden Frauen keineswegs eine gleichmäßige war, wurde oben erwähnt. Nach meiner Ansicht spricht dies aber nicht gegen das Präparat, sondern lässt sich darauf zurückführen, dass in einzelnen Fällen die gewöhnliche Dosis nicht ausreicht, um die Wehenthätigkeit zu verstärken. Erneute Versuche werden diese Annahme wahrscheinlich bestätigen.

Unerwünscht ist es, dass das Cornutin in manchen Fällen, wie E. angiebt, Wehen vollständig krampfartigen Charakters hervorrief. Zu wesentlichen Bedenken aber giebt die Wirkung des Mittels auf das Kind Anlass. Unter 46 Fällen wurden 6 scheintodte Kinder (bei 335 nicht mit Cornutin behandelten Geburten nur 8) geboren. Zwei derselben konnten trotz aller angewandten Mittel nicht wieder belebt werden. Auch bei seinen Thierexperimenten hat Kobert Ähnliches beobachet. Bei Abtreibung der Föten verschiedener Hausthiere durch subkutane Cornutininjektionen in der letzten Woche der Schwangerschaft kamen einige todt zur Welt, die Mehrzahl jedoch lebend.

Jedenfalls ist, das beweisen die Versuche an Thieren wie Menschen, beim Gebrauch des Mittels mit Rücksicht auf das kindliche Leben größte Vorsicht geboten. Ich möchte nicht einmal die Ansicht E.'s unterschreiben, dass es in der 2. Geburtsperiode ohne jegliche Gefahr gegeben werden könne, da man bei strenger Kontrolle der kindlichen Herztöne in der Zange ein Mittel habe, um das bedrohte Leben des Kindes zu retten. Er erwähnt ausdrücklich, dass in den beiden Fällen, in welchen die Kinder tief asphyktisch geboren wurden und nicht wieder belebt werden konnten, die kindlichen Herztöne wie gewöhnlich streng kontrollirt worden waren und sich aus denselben absolut keine Gefahr für das kindliche Leben ergeben hatte. Es muss also das Cornutin — auch E. macht es verantwortlich — überaus rasch und noch in den letzten Augenblicken der Geburt seine schädliche Wirkung geltend gemacht haben. Wenn dies aber möglich, so wird auch eine schnelle Extraktion das Kind nicht mehr zu retten vermögen!

Ich möchte daher vor einem Gebrauch des Cornutins seitens des praktischen Arztes und Geburtshelfers vorläufig warnen, um so mehr als manche derselben heut zu Tage sich durch eine einmalige und manchmal falsch aufgefasste Empfeh-

---

[7] H. Mauk, Diss., Tübingen 1884.

[8] cf. Bericht über die 57. Naturforscherversammlung, d. Bl. 1884. p. 649.

[9] Dieser Jahrg. No. 20. p. 309.

lung eines Mittels verleiten lassen, dasselbe in ausgedehnter Weise anzuwenden. Die durch die Kobert'schen Thierversuche nachgewiesenen Eigenschaften des Cornutins sind zu werthvolle, um das Mittel wegen seiner einen gefährlichen Wirkung einfach ad acta zu legen. Unsere natürlichen Versuchsstationen, die geburtshilflichen Kliniken müssen weiter mit ihm experimentiren. Hoffentlich gelingt es dann noch, das Mittel auch für die geburtshilfliche Praxis im Allgemeinen verwerthbar zu machen.

Zum Schluss noch ein Wort über die von Kobert in Aussicht gestellte Herstellung des Extractum cornutino-sphacelinicum in haltbarer (Pillen-) Form. Ich sehe den Hauptwerth seiner Untersuchungen für die Praxis darin, dass es ihm gelungen, diejenige Substanz, welche den Tetanus uteri erregt, die Sphacelinsäure, getrennt von der, normale Wehen hervorrufenden, dem Cornutin, darzustellen. In dem von ihm gerade für die Praktiker in den Handel gebrachten Präparat aber, dem oben genannten Extrakt, sind wieder beide enthalten. Abgesehen von der Haltbarkeit (welche dasselbe in der Pillenform bekommen soll) und der Möglichkeit einer exakten Dosirung hat dasselbe also für die Verwendung während der Geburt dieselben Nachtheile des natürlichen Mutterkorns und der früheren Extrakte desselben. Es ruft nicht geregelte, sondern krampfhafte Wehen und Tetanus uteri hervor. K. würde sich ein entschiedenes Verdienst erwerben, wenn es ihm gelänge, jene beiden Substanzen isolirt in haltbarem Zustand herzustellen. Wir würden dann die Sphacelinsäure der Verwendung des Secale und der verschiedenen sog. Ergotine am puerperalen oder nicht graviden Uterus vorziehen, das Cornutin eventuell für geburtshilfliche Zwecke in ausgedehnten Gebrauch nehmen.

---

## 1) **Joseph Kucher.** Puerperale Rekonvalescenz und die Erkrankungen des Wochenbettes.

New York, **J. H. Volt,** 1886.

Die bedeutende Abnahme in der Mortalität im Wochenbett innerhalb der letzten Jahre ist das Verdienst von Semmelweiß — mit diesen Worten beginnt der Verf. des vorliegenden Handbuches die Vorrede desselben und bezeichnet damit den Standpunkt, auf welchem er steht. Da in englischer Sprache kein Buch vorhanden ist, welches diesen Standpunkt vertritt, so hat K. es unternommen, auf Grund mehrjähriger Erfahrung an der großen geburtshilflichen Klinik in Wien und selbständiger praktischer Thätigkeit seinen amerikanischen Landsleuten die Grundsätze darzulegen, nach welchen in Wien und wohl überall in Deutschland das normale sowohl wie das pathologische Wochenbett geleitet wird. Er hat ein kurzes, aber gutes Buch geschrieben, dem der praktische Arzt unter allen Verhältnissen als sicheren Führer getrost folgen mag. Kontroversen hat er meistens bei Seite gelassen und sich auf die Angabe einer sicher erprobten Methode beschränkt. Und sehr mit Recht. Denn wie er selbst bemerkt, ist es für den Praktiker besser, einen Weg genau zu kennen, den er unter allen Umständen sicher beschreiten kann, als oberflächlich verschiedene, die den Erfahrenen manchmal kürzer führen mögen, den weniger Geübten aber in die Irre locken können. Von diesem Grundsatz ist der Verf. nur in der Abhandlung über das Puerperalfieber abgegangen, denn hier lag es ihm ob, Ansichten zu bekämpfen, welche leider noch immer sehr weite Verbreitung finden.

Er beginnt mit einer kurzen Besprechung der Antiseptica. Mit

Recht betont er, dass es weniger darauf ankommt, welches der Antiseptica man anwendet, sondern wie man es anwendet. Wie häufig wird hier nicht von dem Arzte gefehlt und immer muss wiederholt werden, dass es durchaus nicht genügt Hände und Instrumente in eine antiseptische Lösung zu tauchen. Dieselben müssen vorher aufs sorgfältigste gereinigt werden, besonders auf die Fingernägel ist Aufmerksamkeit zu verwenden. Emmet sagt eben so drastisch wie richtig: Manch einer Frau Todtenschein ist unter den Nägeln ihres Arztes ins Haus gebracht worden.

Weiter wird auf 20 Seiten das normale Wochenbett besprochen. Hier tritt uns ein Fehler des Buches entgegen, welcher störend wirkt, besonders da er sich nicht öfters wiederholt, nämlich die unzweckmäßige Eintheilung des Stoffes. Zusammengehöriges wird aus einander gerissen, nicht dahin Gehörendes eingeschoben. Die verschiedenen Abschnitte dieses Kapitels lauten nach der Reihe: Zustand des Uterus, Urinretention, Puls, Temperatur, Nachwehen, Lochien, Abführmittel, Hämorrhoiden, Diät, Ruhe. Das heißt doch etwas gar zu bunt durch einander werfen. Auch einzelne Kapitel hätten, wie ich hier gleich einfügen will, ohne Schaden wegbleiben können, so über Albuminurie und Eklampsie, die doch wohl mehr in ein Buch über Schwangerschaft und Geburt gehören, mindestens war es überflüssig, die verschiedenen Theorien derselben so eingehend darzulegen. Der praktische Arzt, für den das Buch bestimmt ist, würde sie nicht vermisst haben, eben so wenig wie das Kapitel über pathologische Anatomie des Puerperalfiebers, die dazu noch zum größten Theil, wie übrigens der Verf. selbst ausdrücklich bemerkt, dem bekannten Werke Rokitansky's wörtlich entnommen ist.

Diese Ausstellungen, welche dem Verf. den Beweis geben mögen, mit welchem Interesse der Referent sein Buch durchgelesen, sind von untergeordneter Bedeutung und thun dem Werthe desselben, welches sehr frisch und mit wohlthuender Wärme geschrieben ist, keinen Eintrag. Eine sicher bald zu erwartende 2. Auflage wird dem Verf. Gelegenheit geben, seinen Stoff neu zu gruppiren und zu sichten.

Den größten Raum nimmt selbstverständlich der Abschnitt über Puerperalfieber ein und derselbe ist zweifellos der am tüchtigsten geschriebene des ganzen Buches. K. steht voll auf dem Standpunkte von Semmelweiß. Die übrigen Theorien werden eingehend beschrieben und besprochen. In der Behandlung legt er das Hauptgewicht auf eine richtige Prophylaxe. Vollständige Sicherheit in der Antisepsis kann nur derjenige haben, der auf eine Methode vollkommen eingeübt ist, dem sie in Fleisch und Blut übergegangen ist. Eingehend beschreibt er sein Verfahren. Dabei unterlässt er nach Ansicht des Referenten einen wesentlichen Punkt zu betonen, den er selbst im ersten Kapitel erwähnt hat, nämlich die Wichtigkeit der Reinigung der Nägel, die nur mittels einer festen Bürste möglich ist. Er sagt: ich wasche die Hände gründlich mit Seife und desinficire sie. Das genügt nicht, am wenigsten in einem Buche, welches die Nothwendigkeit der

strengen Antisepsis auf jeder Seite betont. Kümmell hat nachgewiesen, dass nur durch anhaltendes minutenlanges Bürsten die Nägel vollständig pilzfrei gemacht werden können, einfaches wenn auch gründliches Waschen genügt nicht. Die Bürste ist also fast wichtiger als das Antisepticum.

Vaginalen desinficirenden Einspritzungen redet Verf. sehr warm das Wort, wenn irgend welche Störungen auftreten, intra-uterine sind auf einzelne Fälle mit bestimmten Indikationen zu beschränken.

Das treffliche Buch wird zweifellos unter den englisch sprechenden Ärzten rasch eine weite Verbreitung finden. Dies ist um so mehr zu hoffen, da, wenn auch gesunde Ansichten bei denselben überwiegend sein mögen, veraltete und sehr gefährliche Theorien nicht nur unter den Ärzten weit verbreitet sind, wie dies leider auch bei uns der Fall ist, sondern von Männern, welche an der Spitze der Wissenschaft stehen, niedergeschrieben und gelehrt werden. So spricht sich Fordyce Barker, einer der bekanntesten amerikanischen Gynäkologen und Verfasser eines weitverbreiteten Buches, welches auch ins Deutsche übersetzt ist, folgendermaßen aus: 1) Es giebt ein Fieber, welches dem Puerperium eigenthümlich ist und welches daher Puerperalfieber genannt wird. 2) Die Symptome dieses Fiebers sind eigenthümliche und sind nicht die Folge irgend welcher lokalen Läsionen; es ist eine eben so bestimmte Erkrankung wie Typhus, Typhoid und Recurrens. 3) Dasselbe gehört zur Klasse der zymotischen Erkrankungen und entsteht aus unbekannten Veränderungen des Blutes. 4) Die Ursache dieser Veränderung kennen wir so wenig wie bei Typhus, Scharlach etc. 5) Dieselbe mag beruhen auf epidemischen Einflüssen, Kontagien, Infektion oder wahrscheinlich Nosocomialmalaria etc. etc. Ein anderer nicht minder bedeutender Gynäkologe, Robert Barnes in London, hat folgende Ansicht: Der Grund zur puerperalen Erkrankung ist bei der Befruchtung gelegt. Nach der Entbindung tritt eine stärkere Disposition zur Erkrankung ein. Während des Wochenbettes treten neue Elemente der Gefahr hinzu. Diese drei Zustände tragen jeder ein Theil bei zur Entwicklung einer jeden Wochenbetterkrankung etc.

Unter diesen Umständen ist der Wunsch gewiss berechtigt, dass das Buch recht weite Verbreitung finden möge und sein Theil dazu beiträgt, solche gefährliche Theorien mehr und mehr zu verdrängen.

**Engelmann** (Kreuznach).

---

## 2) **K. Schuchardt.** Beiträge zur Entstehung der Carcinome aus chronisch-entzündlichen Zuständen der Schleimhäute und Hautdecken.

(Sammlung klin. Vorträge No. 257.)

S. hat speciell die Carcinombildung an solchen Körpertheilen studirt, welche der unmittelbaren Besichtigung und chirurgischen Behandlung zugänglich sind. Im ersten Theil behandelt er die

Psoriasis buccalis et linguae und ihren Übergang in Carcinom und im Anschluss hieran Psoriasis praeputialis mit Carcinoma penis. Nach einer kurzen Zusammenstellung der bereits erschienenen Arbeiten führt er 5 hierher gehörige Fälle an mit genauer mikroskopischer und chemischer Untersuchung excidirter Gewebsstücke. Er fand bei der an Psoriasis erkrankten Schleimhaut eine lebhafte Zellproliferation im Epithel, eine entzündliche Infiltration der obersten Coriumschichten, so wie reichliche Produktion einer eigenthümlichen in der normalen Mundschleimhaut nur spärlich vorkommenden Substanz, des Eleïdin. Das Carcinom bietet das gewöhnliche Bild eines Plattenepithelkrebses; schon in seiner Umgebung beginnt das Epithel zapfenartig in die Tiefe zu wuchern.

Im 2. Theile beschreibt S. die Entwicklung von Hautcarcinomen auf dem Boden chronischer Hautkrankheiten. Nach Erwähnung der hierher gehörigen, besonders von Volkmann gemachten Beobachtungen, führt er 6 neue Fälle von Theer- und Paraffinkrebs an, in denen sich unter dem Einfluss chemischer und mechanischer Reize zunächst chronische Hautentzündungen ausbildeten von vorwiegend hyperplastischem Charakter, die dann später carcinomatös degenerirten. Auch hier ließ sich der allmähliche Übergang des chronisch entzündlichen in das carcinomatöse Gewebe, besonders an 2 Carcinomen der oberen Extremität mikroskopisch verfolgen. Selbst in großer Entfernung von den carcinomatösen Herden (an der anderen oberen Extremität) wies die Haut bereits histologische Veränderungen auf, die nur einer geringen Steigerung bedurften, um der Störung den carcinomatösen Stempel aufzudrücken. Sehr eingehend endlich behandelt S. die Entstehung der von Volkmann als »seborrhagische Hautcarcinome« bezeichneten Carcinome auf dem Boden der senilen trockenen Form der Seborrhoe. Wahrscheinlich in Folge ungenügender Reinlichkeit kommt es, namentlich bei alten Leuten niederer Stände, zu schlechter Desquamation, zur Bildung seborrhagischer Herde, d. h. eigenthümlicher, umschriebener gelblich bis bräunlich gefärbter, fettig anzufühlender schuppenartiger Auflagerungen auf der Haut, besonders des Gesichtes. Die Talgdrüsen ließen mikroskopisch keine Veränderung erkennen. Die obersten Schichten der Epidermis dagegen und die Haarbälge zeigten eine sehr beträchtliche, zum Theil mit Verhornung endende Desquamation, welche sich in ihren verschiedenen Lagen mit Pikrokarmin verschieden färbt. Das Corium war stark zellig infiltrirt. Auf diesem derartig präparirten Boden entwickelt sich nun der gewöhnliche zur Verhornung neigende Hautkrebs. Auch im jugendlichen Alter können die Acne sebacea und das Xeroderma pigmentosum gelegentlich die Bildung von Carcinomen veranlassen. Zum Schluss wird kurz die Prophylaxe und Therapie erwähnt (bei Psoriasis buccalis et linguae Pacquelin).

**Weidlich** (Breslau).

---

3) **A. Martin.** Über Prolapsoperationen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1886. No. 2.)

M. beginnt die Prolapsoperation mit einer Abrasio mucosae und Amputatio resp. Excisio colli uteri, da die krankhaften Veränderungen der Schleimhaut und der Portio selten schon allein durch Zurückhalten des Uterus im Becken beseitigt werden. Bei gleichzeitig bestehender Retroflexio wird der Uterus nach der Abrasio mucosae, Amput. colli und Kolporrhaphia ant. in Anteversion gebracht, doch nur in einigen Fällen trat dauernde Heilung ein, aber auch selten nur war ein Pessar nöthig, da die Retroflexio nach Heilung des Vorfalls und der Endometritis keine Erscheinungen machte. In drei Fällen, in denen der Uterus ganz vor der Vulva lag und vergebens durch Pessare und partielle Prolapsoperationen ihn zurückzuhalten versucht worden war, wurde der Uterus total exstirpirt, nach der Rekonvalescenz noch mit Erfolg die Kolporrhaph. ant. und post. angeschlossen. Der Gummischlauch lässt sich bei raschem Nähen umgehen. An den ersten Theil der Operation schließt sich die Excision der vorderen Scheidenwand in Form eines Rhomboids, wobei es weniger auf allzu ergiebige Anfrischung der vorderen Scheidenwand, als besonders auf Beseitigung der Unebenheiten des Urethralwulstes ankommt. Bei der Kolporrh. post. excidirt M. zunächst die seitlichen Falten, in denen die seitliche Scheidenwandung sich mit der Columna rugarum posterior vereinigt und zwar eine jede für sich; hieran schließt er die Perineauxesis nach der Hegar'schen Vorschrift, wobei die Anfrischung im Introitus nicht zu weit nach vorn zu führen ist. Als Nahtmaterial verwandte er bis vor Kurzem geflochtene Seide mit gutem Erfolge, in letzter Zeit dagegen Juniperuskatgut zur fortlaufenden Naht mit Etagenbildung, nur dass man bei dieser, die die Wundflächen nicht mit gleicher Intensität auf einander presst, wie die Knopfnähte, zur Vermeidung von Nachblutungen die Wundflächen, speciell wo eine Spannung der Gewebe vorliegt, mit Seidenfäden zu unternähen hat. Alle Operationen werden nach entsprechender Vorbereitung und permanenter Berieselung mit schwacher Sublimatlösung ausgeführt. Nachbehandlung besteht in 3wöchentlicher Bettruhe, Urinentleerung mittels des Katheters, Stuhlentleerung bei Anfangs nur flüssiger Nahrung erst vom 5. Tage an; äußerliche Abspülung der Wunde im Anschluss an das Katheterisiren, Scheidenausspülungen nur bei massenhafter Sekretanhäufung vom 10.—11. Tage an. Von Komplikationen wurden in der ersten Zeit der Rekonvalescenz besonders 2 beobachtet, Nachblutungen und Parametritis. In einigen Fällen trat eine Zeit lang nach der Operation wiederum Schwangerschaft ein. Nur in wenigen Fällen erhielt Verf. von Recidiven Nachricht. Im Allgemeinen ist das Resultat der 195 nach dieser Methode ausgeführten Operationen ein außerordentlich günstiges. Frauen, die an Prolaps leiden, sind, so weit als möglich, zur Radikaloperation zu zwingen.

**Weidlich** (Breslau).

---

# Kasuistik.

## 4) Aus der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Paris.

(Arch. de tocolog. 1886. Januar—März.)

Sitzung vom 10. December 1885.

Vorsitzender: Pajot.

Alexander-Adam's Operation. Doléris korrigirt seine früheren Angaben über das schwierige Auffinden und Hervorziehen der extraperitonealen Enden der Ligg. rotunda. Seine frühere Ansicht hatte sich auf Leichenuntersuchungen gestützt, die ergeben hatten, dass vom Orific. inguinale internum an nur unbedeutende Spuren der Ligamente zu bemerken, bei fetten Personen Spuren überhaupt nicht aufzufinden seien. Dieses Resultat war jedoch bedingt durch postmortale Veränderungen der Gewebe durch konservirende Flüssigkeiten. Untersuchungen an frischen Leichen ergaben, dass dem Auffinden der Ligamente in der Regel keine Schwierigkeiten entgegenstünden. Ferner bemerkt D., dass die Idee der Operation keine neue sei, dass die Priorität einem Franzosen (Alquié 1840) gebühre.

Duplay bestätigt die leichte Ausführbarkeit der Operation. Er macht aber darauf aufmerksam, dass die Resultate der Operation noch der Kontrolle bedürften. Man müsse sich mit Recht fragen, ob nicht die häufigen Volumensänderungen der Blase allmählich den Effekt wieder rückgängig machten.

Doléris bemerkt, dass durch Hervorziehen der Ligamente auch das denselben fest anhaftende Peritoneum in den Leistenkanal hineingezogen und so Gelegenheit zur Entstehung einer Hernie gegeben würde. Bei einem Leichenversuch ist es ihm sogar passirt, dass er direkt durch die Operation eine Hernie hergestellt hat; das große Netz war mit dem Lig. rotundum breit verwachsen und wurde in den Leistenkanal hineingezogen.

Pajot hält es für verwerflich, eine das Leben gefährdende Operation auszuführen bei einem Leiden, welches keinerlei Gefahr für das Leben involvirt. Durch Behandlung des die Lageveränderung komplicirenden Katarrhes könne man die Krankheitserscheinungen schwinden sehen.

In Beantwortung einiger Anfragen von Guéniot und Dumontpallier theilt Doléris mit, dass ihm nicht bekannt sei, ob die Arbeit von Alquié auf persönlichen Beobachtungen beruhte. Es existirten bisher ungefähr 110 Fälle mit 3 Todesfällen. Er wollte durch seine Mittheilung durchaus nicht die Operation vertheidigen, sondern nur seine früheren Mittheilungen korrigiren.

Emmet'sche Operation. Doléris berichtet über 7 von ihm ausgeführte Emmet'sche Operationen mit 6 vollständigen Erfolgen. Er empfiehlt die Operation als sehr erfolgreich und als sehr leicht und gefahrlos ausführbar.

Guéniot spricht seine Verwunderung darüber aus, dass im Ausland die Indikation zur Operation so häufig gefunden würde; er habe niemals so ausgedehnte Lacerationen des Cervix beobachtet, welche die Operation nöthig gemacht hätten.

Doléris bemerkt, dass die Operation durchaus nicht bei allen Cervixlacerationen indicirt sei; die Kranken, bei denen er durch die Operation Heilung erzielte, waren anderwärts schon lange ohne Erfolg behandelt worden.

Auch Charpentier hält die tiefen Lacerationen für selten.

Ollivier erinnert daran, dass Emmet selbst vor dem Missbrauch seiner Operation gewarnt habe.

Verrier demonstrirt eine Placenta mit einem Foetus papyraceus.

Sitzung vom 14. Januar 1886.

Vorsitzender: Guérin.

Guéniot spricht über narbige Verengerungen der Vagina. Er giebt eine kurze Übersicht über die verschiedenen Formen, in denen die Narbenstenose sich darbieten kann, über ihre Ursachen, so wie über die durch dieselbe bedingten Nachtheile und Symptome; unter letzteren führt er auch eine besondere Empfindlichkeit der Vagina an. Ein von ihm operativ behandelter Fall wird ausführ-

licher besprochen; derselbe betraf eine 35jährige Frau, welche einmal vor 14 Jahren geboren hatte; die Geburt war von langer Dauer gewesen; es entstanden im Wochenbett ulcerative Zerstörungen der Vagina mit Ausgang in Narbenbildung. Coitus war nur sehr unvollkommen ausführbar und schmerzhaft, Menstruation mit vielen Schmerzen verbunden. Nur in der Länge von 6 cm bestand normale Weite der Vagina; in dieser Höhe war dieselbe quer verschlossen bis auf einen 1 cm breiten Spalt; in dem oberen Theil der Vagina konnte die Sonde nur mit Mühe und mit mehrfachen Biegungen vordringen; per rectum war die Vaginalportion zu fühlen, welche der Narbenmasse adhärent zu sein schien. Nachdem zunächst vergeblich versucht worden war, unter Leitung des Auges die knorpelharten Narbenmassen zu durchtrennen, gelang dies vollkommen, indem unter Leitung des touchirenden Fingers die Incisionen vorgenommen wurden; es wurde ein normaler Vaginalkanal hergestellt. Blutung war gering. Nachher mechanische Dilatation. G. hält für viele Fälle solche unter Leitung des Fingers vorgenommene Trennungen für empfehlenswerther, als die unter Leitung des Auges gemachten; das Gefühl erkennt die zu durchtrennenden Narbenmassen viel sicherer als das Gesicht. Tritt trotz der behinderten Kohabitation Konception ein, so soll man nicht etwa künstlichen Abort einleiten, sondern das normale Ende der Schwangerschaft abwarten. G. theilt 2 Fälle mit, in denen es mit Leichtigkeit gelang, durch Trennung der Narbenmassen intra partum die Geburt glücklich für Mutter und Kind zu beenden.

Diskussion: Pajot macht darauf aufmerksam, dass es in vielen Fällen gelingt, ohne blutige Eingriffe durch allmähliche Dilatation mit Quellstiften oder successive stärkeren Bougies zum Ziele zu gelangen. Er theilt 2 auf diese Weise von ihm mit Glück behandelte Fälle mit.

Polaillon erwähnt eine von ihm gemachte Beobachtung, wo eine im Scheidengewölbe gelegene, von einer Geburt herrührende Narbe äußerst quälende Symptome verursachte, vor Allem starken Schmerz beim Coitus. Sobald die Narbe berührt wurde, wurden heftige Schmerzen geäußert.

Doléris hat 3 Fälle beobachtet, in denen er Incisionen ausgeführt hat.

Guérin hat in einem Fall vollkommene Heilung erzielt, indem er in mehreren Sitzungen successive die Narbenmassen durchtrennte. Er bemerkt, man dürfe die Fälle nicht generalisiren, sondern man müsse jeden Fall für sich betrachten, also streng individualisiren.

Sitzung vom 11. Februar 1886.

Doléris berichtet über einen Fall von angeborener Atresie der Vagina. Es handelte sich um eine im 6. Monat Schwangere, welche bei beginnender Geburtsthätigkeit zur Beobachtung kam. Aus der Anamnese ist zu bemerken, dass stets vor Eintritt der Regel starke Schmerzen bestanden haben und dass die Kohabitation stets schmerzhaft gewesen war. Man fand eine sehr kurze Vagina, welche blindsackförmig endete; Vulva sehr empfindlich, daher weitere Untersuchung in Narkose. In der Kuppel des Blindsackes konnte man nach Einführung des Speculums eine ganz feine Öffnung erblicken. Die Palpation per rectum ließ erkennen, dass die Vagina durch eine quere Scheidewand (Hymen?) in 2 Abschnitte getheilt war. Die Frau entzog sich der Beobachtung, kam aber nach 4 Tagen wieder mit starker Wehenthätigkeit und fötidem Ausfluss aus der Vagina. Die Scheidewand war weiter nach vorn gedrängt, die Öffnung hatte sich vergrößert bis zur Größe eines 20 Centimenstückes. Sie wurde zunächst mit dem Finger stumpf dilatirt, was leicht gelang; dann wurden noch einige Einschnitte gemacht; nach wenigen Minuten war die Geburt beendet. Die Frau wurde gesund entlassen.

Der Fall zeigt, dass selbst eine so geringfügige Öffnung genügt, um den Spermatozoen den Weg zu gestatten.

Pajot weist ebenfalls auf diesen letzteren Punkt hin und verwirft die Dilatation des Cervikalkanales bei Sterilität.

Richelot berichtet über einen Fall von Ektopie der Blase.

Doléris demonstrirt ein Präparat von Ruptura uteri. Die Pat. kam mit deutlichen Zeichen der Uterusruptur zur Beobachtung. Am 2. Tage nach der Ge-

burt verschlimmerte sich der Zustand so, dass sich D. zur Laparotomie entschloss. Der Riss, welcher quer am Übergang von Corpus in Cervix verlief wurde durch Naht geschlossen. Tod am folgenden Tage.

Sécheron zeigt das anatomische Präparat eines Uterus bipartitus. Die Scheidewand erstreckte sich bis in die Vagina. Der rechte Ureter und die rechte Niere fehlten; die linke Niere war erheblich vergrößert. **Skutsch** (Jena).

## 5) Walcher. Die Sublimatbehandlung auf der geburtshilflichen Klinik zu Tübingen.

(Med. Korrespondenzblatt d. Württembergischen ärztl. Landesvereins 1885. No. 37.)

Auf Grund der in Tübingen mit der Sublimatanwendung erzielten Resultate wird für dieselbe von W. eine Lanze gebrochen; Sublimat wird seit dem Oktober 1883 bereits angewendet; die etwas über 2 Jahre reichende geburtshilfliche (sowohl klinische, wie poliklinische) Statistik umfasst über 700 Fälle mit einer Gesammtmortalität von 0,85%, darunter an Puerperalfieber 0% (1 an akuter Miliartuberkulose, 2 an Uterusruptur, 1 an Bronchitis und hypostatischer Pneumonie nach Porro'schem Kaiserschnitt, 1 post partum im epileptischen Anfall, 1 an Lungenembolie). Es stellte sich ferner eine Morbidität von 2,21% heraus (darunter an Endometritis 8, Parametritis 3, puerperale Sepsis mit Endometritis, schon inficirt aufgenommen, 3; Phlegmasia alba dolens 1; sämmtliche Wöchnerinnen genasen. Sublimatintoxikationen wurden nicht beobachtet; der eine vorgekommene Fall wird nicht auf die uterinen Irrigationen, sondern auf eine innerliche Darreichung von 5 g Kalomel zur Erzielung von Stuhlgang zurückgeführt.

Die überaus günstigen Resultate sind um so mehr auf die ausgezeichnet desinficirende Wirkung des Sublimats zurückzuführen, als einmal das Anstaltsgebäude sich im ungünstigsten baulichen Zustande befindet, für die Bedürfnisse oft nicht ausreicht und andererseits jede aufgenommene Kreißende von allen in der Klinik anwesenden Studenten äußerlich wie innerlich explorirt wird.

Im ersten Jahr (1883/84) wurde das Sublimat durchgehends in einer Lösung von 1 : 1000, darauf unterschiedlich von 1 und 0,5 : 1000 verwendet; wie auch von anderer Seite bereits erwähnt, legt auch W. das Hauptgewicht bei den intra-uterinen Irrigationen auf eine gleichzeitige peinliche Überwachung des Organes und auf einen gesicherten vollständigen Rückfluss der Irrigationsflüssigkeit, welch beiden Umständen er das vollständige Manko von Intoxikationsfällen beimisst.

Da v. Säxinger die Ansicht vertritt, dass im Wochenbett auch durch die Luft eine Infektion, wenn auch nicht häufig, so doch möglich ist, wird während des Puerperiums an Stelle des Stopftuches gewissermaßen als Occlusivverband Sublimatholzwollwatte angewendet. **Menzel** (Görlitz).

## 6) Rein (Kiew). Bericht über 30 Ovariotomien.

(Wratsch 1885. No. 33.)

Schon früher (Centralblatt 1885 No. 23) war der Vortrag von R. über 13 von ihm vollführte Ovariotomien referirt worden: jetzt berichtet der Verf. über 30 (mit Einschluss der früher erwähnten 13) ähnliche Operationen. Von ihnen endeten 2 (6%) tödlich; in dem einen Falle bestand Komplikation mit abgekapselter eitriger Peritonitis.

Der Verf., dessen Ansichten aus dem oben erwähnten Referat bekannt sind, spricht sich dahin aus, dass noch viele die Ovariotomie betreffenden Fragen noch unerledigt sind, und dass desshalb die Publikation der gemachten Operationen mit allen Details wünschenswerth ist. Besonders spricht er diesen Wunsch in Betreff der in Russland ausgeführten Operationen aus, da die Verhältnisse in Russland in vielen Beziehungen ganz andere sind, als im Westen.

Wie schon erwähnt, kennt der Verf. nur eine Kontraindikation, bösartiger Charakter der Geschwulst, die sich schon auf die Umgebung verbreitet hat, sonst hinderten ihn Fieber, Arteriosklerose und doppelseitige bösartige aber noch be-

wegliche Geschwulst nicht zu operiren[1]. Eben so hält er wie Martin die Operation für angezeigt, sobald nur die Cyste erkannt ist, ohne auf ihr Wachsen zu warten.

Die Größe der Cyste variirt von Faustgröße bis zur Größe eines schwangeren Uterus, die größte gewogene Cyste wog 25,500 g. 26 von den entfernten Cysten waren Cystoma proliferum glandulare, von den übrigen waren 2 Cystosarcome, 1 Dermoid und eine eine Tubo-ovarialcyste.

Verf. verwirft beinahe vollkommen die Probeincision, welche er nie anzuwenden nöthig hatte und greift nur sehr selten zur Punktion (in 111 von ihm gesehenen Unterleibsgeschwülsten nur 4mal).

Besonders interessante Fälle waren folgende:

1) Bei einer 28jährigen Kranken fand sich der Bauch stark mit Flüssigkeit gefüllt, eine Geschwulst kaum zu fühlen. Bei der Punktion floss eine zähe stark eiweißhaltige Flüssigkeit aus und man fühlte eine mannskopfgroße, in der Flüssigkeit schwimmende, aber am oberen Theile des Bauches befestigte Geschwulst. Die Operation bestätigte die Diagnose einer geplatzten Cyste, die am oberen vorderen Theil der Bauchwand und am Uterus befestigt war.

2) 33jährige Kranke, $2^1/_2$ Jahr krank; sehr heruntergekommen und mit Arteriosklerose behaftet. Die 5 Pfund schwere Colloidcyste des rechten Ovariums war tief in das Lig. lat. eingewachsen und vielfach mit der hinteren Seite des Bauchfells, mit Omentum, Darm und Ureter verwachsen. Bei der sehr schwierigen Operation wurde der rechte Ureter durchschnitten und in die Bauchwunde eingenäht, nachdem eine gläserne Kanüle in ihn eingeführt war. Der Stiel der Geschwulst wurde aus dem rechten Uterushorn gebildet und ebenfalls in die Bauchwunde eingenäht. Die Heilung verlief günstig mit Ausnahme der erbsengroßen Ureter-Bauchdeckenfistel in der Linea alba. Der aus dieser Fistel tropfenweise ausfließende Urin war Anfangs spärlich und von hohem specifischen Gewicht, er nahm aber allmählich an Menge zu und wurde specifisch leichter, enthielt aber noch etwas Eiter Ungefähr 2 Monate nach der ersten Operation exstirpirte Verf. die rechte Niere vom Rücken aus, der Verlauf war günstig. Nach Verf.s Angabe ist dies der dritte Fall von Nierenexstirpation wegen Ureterfistel[2].

3) In einem Falle, wo die Cyste stark mit der Blase verwachsen war, wurde bei der Ablösung der Verwachsung die Blase in der Größe eines 20 Pfennigstückes verletzt. Die angelegte Naht beseitigte diese Verletzung ohne Folgen.

4) 36jährige Kranke, der man schon 2mal die Punktion gemacht hatte. Bei der Operation zeigte sich die Cyste in einem abgekapselten mit Eiter gefüllten Abschnitt der Bauchhöhle eingelagert und so vollständig von den anderen Eingeweiden abgesondert. Die Cyste war durch einen langen Stiel mit der Gebärmutter verbunden, außerdem mit der Leber und in Handgröße mit den Bauchdecken verwachsen, was die Operation sehr erschwerte. Tod an Erysipelas des Kniees und Pneumonia crouposa.

In der letzten Zeit hat der Verf. das Methylen aufgegeben und wendet wieder Chloroform (von Duncan in London) an. Die Dauer der Operation betrug von $^1/_2$ bis zu 2 Stunden. Der Verlauf war in den meisten Fällen günstig, die Temperatur überstieg in $^3/_5$ der Fälle nicht 38°. In 2 Fällen waren Komplikationen

---

[1] Verf. macht dem Ref. den Vorwurf, als habe er in seinem ersten Referat ihn beschuldigt, sich zur Operation leichte Fälle ausgesucht zu haben, da er nur in Folge nicht von ihm abhängiger Umstände von 50 gesehenen Fällen die Operation nur in 13 ausgeführt habe. Indess lag mir zunächst jeder solche Gedanke fern, da ja Verf. in seiner ersten Mittheilung nicht erwähnt hatte, dass er die übrigen Fälle nur unfreiwillig nicht operirt hatte und dann scheint mir, dass es eher Beifall als Tadel verdient, wenn ein Operateur mit großer Sorgfalt die zur Operation geeigneten Fälle aussucht, der Ref. aber durchaus nicht die Absicht haben konnte, dem Verf. einen Vorwurf zu machen.

[2] Die Angaben über die Ureterenfistel und die Nierenexstirpation sind vom Ref. nach einem Vortrage des Verf.s in der Gesellschaft der Ärzte zu Kiew und nach eigener Anschauung zugefügt.

von Seiten des Darmes und des Bauchfelles; eine Kranke, welche schon früher an doppelseitiger Pleuritis gelitten hatte, starb 3 Monate nach der Entlassung an Pleuritis. Die Operationswunde verheilte in allen Fällen prima intentione; die Kranken verließen das Bett meist in der 3 Woche. **Reimann** (Kiew).

### 7) **Dandois.** Rechtsseitiger, maligner Nierentumor; Nephrektomie. Heilung.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique T. XIX. No. 12—13.)

Ein Knabe, im Alter von 2 Jahren und 1 Monat, zeigt nach Aussage der Eltern seit 4—5 Monaten einen faustgroßen Tumor im Leibe, welcher in der letzten Zeit neben periodischen Schmerzen eine Abnahme des Wohlbefindens des Kindes verursachte. Es wird rechterseits ein solider, schmerzhafter, leicht höckriger und beweglicher Tumor von der Form einer Niere mit deutlichem Hilus am medianen Rande konstatirt, welcher von der Beckenschaufel bis fast an den rechten Rippenbogen reicht; eine schmale, tympanitische Zone zwischen dem oberen Tumorrande und der Leberdämpfung. Probepunktion negativ; keine subjektiven Erscheinungen von Seiten der Harnorgane. Urinuntersuchung ebenfalls negativ. Es wird die Diagnose auf einen rechtsseitigen malignen Nierentumor gestellt und nach einem einmonatlichen Abwarten, während dessen das Kind immer mehr herabkam und leichte hektische Temperatursteigerungen bekam, zur Operation geschritten.

Längsschnitt in der rechten Mamillarlinie, um auf diese Weise die Därme besser zurückzuhalten und ein Hervorfallen derselben zu vermeiden; das Colon ascendens ist mit dem medianen Tumorrand verwachsen. Längsschnitt durch die peritoneale Bekleidung des Tumors in der Ausdehnung der Bauchwunde; Herausschälen des Tumors leicht; Gesammtligatur des Stieles; die vom Tumor eingenommene Höhle wird nach sorgfältiger Blutstillung mit Jodoform bepudert; keine Naht; gewöhnlicher Schluss der Bauchwunde; Operationsdauer noch nicht 1 Stunde. Fast fieberfreier Verlauf (38,2 höchste Temperatur). Urinentleerung normal; primäre Wundheilung.

Es handelte sich um ein Drüsencarcinom der Niere, welches deren untere $^2/_3$ vollkommen degenerirt hatte; inmitten der erkrankten Partien fanden sich eine Menge, mit schwärzlichem Brei erfüllte Herde. Länge 27 cm, Breite 14 cm.

3 Monate post operationem befand sich der Knabe noch vollkommen wohl und recidivfrei. **Menzel** (Görlitz).

### 8) **Stille.** Hydramnion, künstliche Frühgeburt. Zwillinge, Anencephalus und normale Frucht.

(Memorabilien 1885. Hft. 8.)

27jährige VIpara; gravid seit Mitte Januar 1885, klagt im 8. Monate über eine derartige Anschwellung und Umfangzunahme des Leibes, dass sie es vor Kurzathmigkeit, Schlaflosigkeit, Rückenschmerzen, hydropischen Anschwellungen der Beine mit Formikationen kaum noch auszuhalten vermag. Weder Kindestheile durchfühlbar, noch Herztöne zu hören; im vorderen Vaginalgewölbe ein größerer Theil (Kopf). Muttermund geschlossen; hoch hinauf, nach hinten und oben gezogen. Leibesumfang 112 cm.

Zur Beseitigung der mechanischen Beschwerden wird der Eihautstich vorgenommen, unterstützt durch innerliche Secalegaben. Langsamer Fruchtwasserabgang; Sprengung der ersten sich stellenden Blase nach fast vollständiger Eröffnung; Extraktion eines todten männlichen Anencephalus am Nacken; unmittelbar darauf Sprengung der zweiten Blase; zweite Frucht ebenfalls in Kopflage; Wendung und Extraktion eines lebenden Mädchens (7.—8. Monat); zwei völlig von einander getrennte Placenten nebst getrennten Eihäuten; Puerperium normal.

**Menzel** (Görlitz).

### 9) **Wasseige.** Extra-uterin-Gravidität; Dermoidcyste; Laparotomie; Tod am 19. Tage an Nachblutung.

(Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique T. XIX. 1885. No. 8. September 26.)

20jährige Multipara; im 5. Monat der 2. Gravidität; typhlitische Erscheinungen und lebhafte Schmerzen im Leibe; sonst nichts Abnormes bis zum Ende der

Schwangerschaft; Fötus in Querlage; Fötalbewegungen bis zum 12. Monat; keine Geburtserscheinungen. Plötzliches Absterben der Frucht und darauf Verfall der Mutter. Cervix geschlossen; kein vorliegender Theil. Durch eine Probepunktion werden 2 Liter einer serösen, schwärzlichen Flüssigkeit entleert und 2 solide Tumoren, über deren Natur man zu keiner Einigung kommt, konstatirt.

Laparotomie, Entleerung einer mit Gas untermischten, stinkenden, schwärzlichen Flüssigkeit und Entfernung der in Fäulnis befindlichen Frucht; ein Theil der Placenta wird ebenfalls entfernt, der Rest bleibt, am Uterusgrunde sitzend, zurück. Gleichzeitig wird eine Dermoidcyste entdeckt, die zur Zeit der Exploration perforirt worden war. Aus dem Text geht nicht hervor, ob dieselbe bald mit entfernt worden ist. Schluss der Bauchwunde. Bis zum 14. Tage fieberhafter Verlauf, von da ab fieberfrei. Durch eine forcirte Bewegung im Bett geht Pat. am 19. Tage post operationem plötzlich an einer Nachblutung zu Grunde.

**Menzel** (Görlitz).

10) **Maher** (New York). Ein neues diagnostisches Zeichen für Ruptur des Eisackes bei Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Med. record 1886. Januar 2. p. 6.)

M. will in einer auffallend hohen Temperatur des Unterleibes im Gegensatz zur Herabsetzung der allgemeinen Körpertemperatur ein werthvolles Zeichen für Ruptur des Eisackes bei Extra-uterin-Schwangerschaft gefunden haben. Abgesehen von der Frage, ob die einmal von M. beobachtete Erscheinung sich in allen Fällen findet, kann sie doch sicher nur den Schluss auf eine große intra-abdominelle Blutung gestatten, über die Quelle derselben aber unmöglich Aufschluss ertheilen. Wenn wir die Tragweite des Symptomes in dieser Art einschränken, kann es in der That von Nutzen sein.

**Lühe** (Demmin).

11) **Dumouly.** Collumatresie, chirurgischen Ursprungs, als Geburtshindernis.

(Gaz. de gynécol. 1886. No. 4.)

D. wird zu einer ca. 30jährigen Dame gerufen, welche bereits zweimal glücklich entbunden hat; im Anschluss an die letzte Entbindung wurde sie einer uterinen Affektion wegen an der Portio mit dem Glüheisen behandelt. Hierauf trat eine dritte Schwangerschaft ein. D. findet die Pat. am Ende der Gravidität, mäßig fiebernd, nachdem bereits 3 Tage lang erfolglose Wehen dagewesen waren. Schädellage; schwache Herztöne; vaginal konstatirt er das Collum verstrichen, an Stelle des Muttermundes einen ca. 5 cm im Durchmesser betragenden, fast knorpelharten Stumpf mit leichter, centraler Einziehung, in deren Tiefe mit dem Speculum eine für eine Sonde gerade durchgängige Öffnung entdeckt wird.

Mehrfache radiäre Schnitte durch das Narbengewebe des Stumpfes bis in das gesunde Gewebe hinein, schaffen so weit Öffnung, dass der Forceps applicirt werden kann.

Darüber, ob das Kind lebend geboren wurde und ob in Folge der Incisionen Blutungen aufgetreten waren, wird geschwiegen; es heißt nur am Schluss, dass die Frau im Wochenbett gesundete.

**Menzel** (Görlitz).

12) **Roeser.** Mola hydatitosa.

(Gaz. de gynécol. 1886. No. 5.)

27jährige IVpara; die erste Geburt war in Folge eines Sturzes von einer Leiter eine Frühgeburt im 7. Monat, verlief aber, eben so wie die beiden folgenden, spontan. Vom 3. Monat der jetzigen Gravidität an, die zuerst mit heftigem Erbrechen komplicirt war, traten atypische Blutungen bis zur Dauer einer Woche auf, gleichzeitig mit wehenartigen Schmerzen und Abgang von fruchtwasserähnlicher Flüssigkeit; eine Fruchtausstoßung wurde niemals konstatirt; Bettruhe und geeignete innere Therapie brachten die Blutungen immer wieder zum Stehen. Jetzt aber stellte sich eine rapide Vergrößerung des Uterus ein, die eine schon mehrere Monate ältere Schwangerschaft vortäuschte.

Eine im 5. Monat wiederum auftretende Blutung war von heftigen Wehen begleitet und die vorgenommene Exploration ergab den Muttermund fast vollständig eröffnet; er war jedoch von einem placentaähnlichen Gewebe überdeckt, das Verf. aber nicht für die tiefsitzende Placenta ansprach, da beim Eindringen in dieses Gewebe auch nicht ein Tropfen Blut floss, der Finger absolut unblutig herauskam, aber auch ohne von Hydatidenbläschen bedeckt zu sein; 10 Stunden darauf wird eine 30 cm lange, todte Frucht spontan ausgestoßen. Leichter Zug an der Nabelschnur befördert eine Masse zum Vorschein, die größer als die Placenta eines ausgetragenen Kindes ist, aber aus einem ganz kleinen, blutleeren Placentarsegment und aus einer Unmenge haselnussgroßer, durchsichtiger, cystischer Bläschen besteht. Fieberhaftes Wochenbett. Parametritis. **Menzel** (Görlitz).

13) **Savage.** Hysterie bei einem 11jährigen Knaben.

(Journ. of mental science 1885. Juli; ref. Irrenfreund 1885. No. 8.)

11jähriger Knabe; keine Belastung; als Kind Scharlach gehabt. Nach dem Begräbnis seiner kleinen Schwester, dem er beigewohnt hatte, wurde er verdrießlich, gab vor, dass er keinen Stuhlgang habe, während er den Koth verbarg; dass er nicht speisen wollte, während er Essen stahl; er schrie stundenlang laut, verbarg sein Gesicht und erklärte, er könne nicht gehen; wurde er zum Stehen gezwungen, so stand er mit einwärts gezogenen Füßen auf den äußeren Malleolen; keine Körpergewichtsabnahme. In eine Anstalt überführt, wurde er wenig beachtet und mit Sturzbädern behandelt; unter dieser Therapie verschwanden allmählich die obigen Wahnideen und geht Pat. seiner Genesung entgegen.

(Es drängt sich die Frage auf, warum man den Fall als hysterisch bezeichnet; vielleicht giebt Pat. nach seiner Genesung als Ursache seines Verhaltens Wahnideen oder Hallucinationen an.) **Menzel** (Görlitz).

14) **Charcot.** Hysterischer Schlaf.

(Annal. de la soc. de méd. de Gaud 1884.; ref. Irrenfreund 1885. No. 8.)

In C.'s Klinik wird eine hysterische Pat. demonstrirt, welche 54 Tage ohne Unterbrechung schlief; das Erwachen geschah spontan, ohne dass Pat. sich des 8 Wochen langen Schlafes bewusst war; demselben ging ein 2 Tage währender Zustand von Aufregung, durch Hallucinationen hervorgerufen, voraus.

Ein so lange dauernder Schlaf ist eine seltene Erscheinung der Hysterie. Verf. hält sie für einen modificirten Anfall, bei welchem der Schlaf in den Vordergrund tritt. Gewöhnlich verbindet der letztere zwei Anfälle; in den Intervallen verfallen die Pat. dann in mehr oder weniger tiefen Schlaf. Die Konvulsionen waren dem gegenüber sehr wenig ausgeprägt.

Zum Unterschied vom Schlaf der Melancholiker, deren Ernährung während desselben große Schwierigkeiten macht, gelingt die Ernährung der Hysterischen leicht; denn die letzteren machen Schlingbewegungen und ihr Ernährungszustand leidet nicht erheblich. Druck auf die Ovarialgegend setzt die Intensität des Anfalls vorübergehend herab. Urin und Fäces werden unfreiwillig entleert.

**Menzel** (Görlitz).

15) **Winckel** (Mülheim). Schädelzange.

(Illustrirte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik 1886. Hft. 3 u. 4.)

Die öfteren Misserfolge, welche Verf. mit dem Kephalothryptor und Kranioklast gehabt, haben ihn veranlasst, die alte Mesnard'sche Schädelzange zu verbessern und in Gebrauch zu nehmen. Die beiden Branchen sind, wie beim Kranioklast, einzeln und werden durch ein Schmellie'sches Schloss vereinigt. Unten ist eine Cremaillère angebracht. Von dem alten Modell unterscheidet es sich durch eine geringere Beckenkrümmung und durch die Verlängerung der Angriffsblätter. W. hat die besten Erfolge mit dem Instrument gehabt, welches bei Röser (Köln) zu haben ist. **Heilbrun** (Kassel).

16) **Lauenstein.** Kolporrhaphiemesser.

(Centralblatt für orthopädische und chirurgische Mechanik 1886. No. 8.)

Das Messer ist zur Operation der Blasenscheidenfistel, zur Kolporrhaphie und Perineoplastik bestimmt. Es schneidet nach 3 Richtungen und macht desshalb alle übrigen, namentlich die im stumpfen Winkel gebogenen Fistelmesser entbehrlich.

**Heilbrun** (Kassel).

17) **Staude** (Hamburg). Uteruszangen.

(Centralblatt für orthopädische und chirurgische Mechanik 1886. No. 8.)

S. hat 3 neue Uteruszangen angegeben. Die erste, »Schwanenhals« genannt, hat lange gekrümmte Branchen mit rauhen Enden, deren eines einen kleinen Stift trägt. Mit derselben soll das Lig. lat. oder der Stiel eines Ovarialtumors durchstochen werden. Dieselbe wird mit Fäden armirt, deren Zurückgleiten durch den Stift verhindert wird. Die zweite Zange ist eine Kugelzange, deren jede Branche 2 hinter einander stehende Haken hat. Die dritte ist nach dem Muster der Spencer Wells'schen Pincette gemacht, zum Fassen der Vagina und des Uterus bei Prolapsoperationen. **Heilbrun** (Kassel).

18) **Morris** (New York) und **Dannenberg** (Hamburg). Modificirter Hagedorn'scher Nadelhalter.

(Centralblatt für orthopäd. u. chirurg. Mechanik 1886. No. 8.)

Bei dem sonst so ausgezeichneten Nadelhalter nach Hagedorn macht sich nach längerem Gebrauch der Übelstand geltend, dass die beiden Flächen, welche die Nadel fassen, mit der Zeit sich an einander verschieben, weil die beiden Branchen des Nadelhalters bloß durch eine kleine Schraube mit einander befestigt sind. Bei dem modificirten läuft der längliche Zapfen der einen Branche in einer Rinne, welche sich in der zweiten befindet. Hierdurch ist ein Schiefwerden des Maules ausgeschlossen. Außerdem lässt sich der Nadelhalter leicht behufs Desinfektion aus einander nehmen. **Heilbrun** (Kassel).

19) **Reverdin.** Pince-trocart für die Ovariotomie.

(Révue méd. de la Suisse rom. 1886. Hft. 2.)

Bei der Ovariotomie ist das Hauptaugenmerk darauf gerichtet, nach Incision der Cyste das Hineinfließen von Cysteninhalt, namentlich wenn derselbe infektiös sein könnte, in die Bauchhöhle zu vermeiden. Zu diesem Zwecke sind die verschiedenartigsten Instrumente angegeben worden, die jedoch nach Verf.s Ansicht ihren Zweck nicht erfüllen.

R. verfährt so, dass er mit dem Bistourie eine Incision des Tumors macht und die Cyste mit einer von ihm neu konstruirten Zange hervorzieht. (In der Breslauer Klinik hat man schon lange den Vortheil dieser Methode erkannt. Es wird die Pat., nach Eröffnung des Abdomens auf die Seite gelegt, der Tumor breit incidirt und die sich entleerende Cyste mit Nélaton'schen Zangen hervorgezogen. Auf diese Weise gelingt es, ein Hineinfließen von Cysteninhalt in die Bauchhöhle völlig zu vermeiden. Ref.) **Heilbrun** (Kassel).

20) **Bernard Browne.** Ein neues selbsthaltendes weibliches Urethralspeculum.

(Illustrirte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik 1885. Hft. 12.)

Zwei gefensterte Löffel sind rechtwinklig gegen einen Stiel abgebogen; der eine bildet mit einem prismatischen Verbindungssteg ein einziges Stück, auf welchem der andere hin- und hergleitet und je nach Bedürfnis auf demselben fixirt werden kann. **Menzel** (Görlitz).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

**Zehnter Jahrgang.**

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 34.** **Sonnabend, den 21. August.** **1886.**




## *Programm*

### *der gynäkologischen Sektion der diesjährigen Naturforscherversammlung zu Berlin vom 18.—25. September.*

*Sonnabend, den 18. September Vormittags 11 Uhr: Allgemeine Sitzung. Nachmittags 3 Uhr: Sektionssitzung in der Aula der kgl. Universität. 6½ Uhr: Gemeinsames Diner der gynäkologischen Sektion bei Huster, Mohrenstraße 49.*

*Diejenigen Herren, welche an dem Diner Theil nehmen wollen, werden dringend gebeten sich vorher bei einem der unterzeichneten Schriftführer zu melden, resp. spätestens bis 11 Uhr Vormittags am 18. sich in eine zu diesem Zweck in dem allgemeinen Bureau ausliegende Liste einzutragen.*

*Sonntag, den 19. September: Gemeinsamer Ausflug.*

*Montag, den 20. September Vormittags 9 Uhr: Demonstrationen in der kgl. Universitäts-Frauenklinik: Artilleriestraße 14. 11 Uhr und Nachmittags 3 Uhr: Sektionssitzungen in der Aula der Universität.*

*Dienstag, den 21. September Vormittags 9 Uhr: Demonstrationen in der gynäkologischen Klinik der kgl. Charité. 11 Uhr und Nachmittags 3 Uhr: Sektionssitzungen in der Aula der kgl. Universität.*

*Mittwoch, den 22. September: Allgemeine Sitzung.*

*Donnerstag, den 23. September Vormittags 9 Uhr und Nachmittags 3 Uhr: Sektionssitzungen.*

*Freitag, den 24. September: Allgemeine Sitzung.*

*Als gemeinsames Frühstücks- und Abendlokal ist ein Zimmer im Spatenbräu bei Sedlmayr in der Friedrichstraße 172 reservirt.*

*Angemeldet sind bis jetzt (1. August) folgende Vorträge:*

1) *Herr Bokelmann: Über Antisepsis in der Geburtshilfe.*
2) *Herr Cohnstein: Über den Blutdruck vor und nach der Geburt.*
3) *Herr Czempin: Über die Beziehungen der Uterusschleimhaut zu den Erkrankungen der Uterusadnexa.*
4) *Herr E. Cohn: Über die Ophthalmoblennorrhoe der Neugebornen.*
5) *Herr E. Fraenkel: Über die Erfolge der mechanischen Behandlung der Retrodeviationen des Uterus.*
6) *Herr Fürst: a) Über die Modellirung der Vulva und Portio vagin. nebst Demonstrationen.*
   *b) Über die Verwendung des Glühlichts zu gynäkologisch-diagnostischen Zwecken.*
   *c) Über Adenoma uteri malignum.*
7) *Herr Gusserow: Über Exstirpation von Tubensäcken.*
8) *Herr Hennig: Demonstration von Nachbildungen der Altenburger Puella caudata.*
9) *Herr M. Hofmeier: Über die endgültige Heilung des Carcin. uteri.*
10) *Herr Landau: Über die Beziehungen der Harnleiter zu gynäkologischen Erkrankungen.*
11) *Herr Leopold: a) Über die Verhütung und Behandlung des Kindbettfiebers.*
   *b) Über die relative Indikation zum Kaiserschnitt.*
12) *Herr Loehlein: Indikationen zur künstlichen Frühgeburt bei inneren Krankheiten.*
13) *Herr Martin: Über Tubarerkrankungen.*
14) *Herr Meinert: Klinisches über Tubenerkrankungen nebst Verlegung exstirpirter Tubar- und Tuboovarialsäcke.*
15) *Herr C. Ruge: Über die Placenta.*
16) *Herr Schramm: Über Kastration bei Epilepsie.*
17) *Herr Schroeder: Über Kastration bei Neurosen.*
18) *Herr Stratz: Über die Lage des Uterus.*
19) *Herr Veit: Über Endometritis.*
20) *Herr Winter: Zur Therapie des engen Beckens.*
21) *Herr Wyder: Über die Behandlung der Placenta praevia.*

*Weitere Anmeldungen werden erbeten an die unterzeichneten Schriftführer.*

*Dr. Wyder. Dr. Hofmeier. Dr. Winter.*

---

(Aus der Universitätsfrauenklinik [Prof. Schultze] zu Jena.)

## Sublimat.

Von

**Dr. Robert Ziegenspeck.**

Schon vor Jahresfrist hatte ich begonnen, diesen Aufsatz zu schreiben, hatte ihn aber nicht beendet. Einestheils war das, was ich darin mittheilen wollte, inzwischen von Anderen ausgesprochen worden, anderntheils waren gerade zu jener Zeit die Berichte über Sublimatintoxikationen in den Fachblättern verstummt und ich musste glauben, dass dasjenige, was ich zu deren Verhütung anrathen wollte, vielleicht überflüssig sei.

Was mich nun veranlasst, diesen Fall doch noch zu publiciren, ist nicht der

Umstand, dass noch viele derartige Fälle veröffentlicht worden wären, sondern die Wahrnehmung, dass nicht einmal diejenigen Vorsichtsmaßregeln bei Verwendung des Sublimats allgemein angewendet werden, zu denen schon im Jahrgang 1884 des Centralblattes die einzelnen Autoren riethen. Eine tödliche Sublimatintoxikation durch Uterusausspülung mit einer Lösung 1 : 5000 steht meines Wissens noch heute einzig da in der Litteratur der Sublimatvergiftungen.

Die von mir gemachten Erfahrungen drängen zu einer Verschärfung dieser Vorsichtsmaßregeln in jeder Hinsicht.

Heute, nach Schluss des Jahres 1885 steht die Frage noch genau so, wie nach Schluss des Jahres 1884, ja noch fast genau so wie zu Beginn des Jahres 1884, wo Stadfeldt (Centralblatt 1884 No. 7) den zuerst allgemeiner bekannt gewordenen Fall von tödlicher Sublimatvergiftung veröffentlichte und die Fachgenossen aufforderte, in der Geburtshilfe wenigstens, das Sublimat wieder zu verlassen und zur Karbolsäure zurückzukehren.

Damals entstand die Frage: Sublimat oder Karbolsäure? Die Antwort lautete dahin, dass man Sublimat, jedoch mit mehr Vorsicht als bisher anwenden wollte. Die Vorzüge des Sublimats waren so handgreiflich, dass man sich nur schwer an den Gedanken gewöhnen konnte, wieder zur Karbolsäure zurückzukehren.

Gegenwärtig stehen wir wieder vor derselben Frage.

Die Versuche von Mikulicz scheinen das Vertrauen auf das Sublimat zu erschüttern, das Ansehen der Karbolsäure zu heben. Trotzdem glaube ich, dass auch heute die Antwort vorläufig dieselbe sein wird, nur dass umfangreichere Kautelen zur Anwendung kommen werden, um einestheils Intoxikationen zu vermeiden, anderntheils konstante Wirkung zu sichern.

In Bezug auf die Kautelen der letzteren Richtung möchte ich mir zunächst einige Bemerkungen erlauben.

Als ich im Herbst 1884 als Assistenzarzt aus der Augenklinik in die Frauenklinik kam, wurden in Geburt und Wochenbett nur Lösungen von 1 : 5000 verwendet. Dieselben Koncentrationen fanden in der gynäkologischen Station Verwendung, nur ausnahmsweise wurden hier stärkere Koncentrationen (bis 1 : 1000) angewendet. So viel ich weiß, ist es von meinen Vorgängern nie anders gehandhabt worden. Von diesen wenig koncentrirten Lösungen wurde jedoch ein sehr ausgiebiger Gebrauch gemacht. Vor und nach jeder Untersuchung intra partum wurde eine Scheidenausspülung vorgenommen. Vor jeder Untersuchung, um etwaige Entzündungserreger aus den unteren Partien des Genitaltractus zu entfernen, damit sie nicht durch die Untersuchung in die oberen gebracht werden könnten. Nach jeder Untersuchung, um etwa durch die Finger daselbst deponirte Keime unschädlich zu machen.

Übler Geruch des Wochenflusses indicirte, wie auch noch jetzt, Scheidenausspülung. Übler Geruch desselben mit zweimaliger Temperatursteigerung über 37,8 indicirt Uterusausspülung, nie jedoch bevor mittels Speculum festgestellt ist, ob nicht die Fieberquelle in der Vagina lokal begrenzt sei und ob das übelriechende Sekret dem Uterus entstammt. Oft ist die Uterusinnenfläche noch nicht inficirt, das Sekret von dort geruchlos, aber es befinden sich missfarbige Belege an der Portio. Diese werden mit Tct. Jodi betupft und nur Sublimatirrigation der Scheide vorgenommen. Von Intoxikationserscheinungen war bisher nie etwas beobachtet worden, wohl aber hatte die Wirkung des Sublimats zuweilen im Stich gelassen.

Zunächst fiel uns ein braunrothes Sediment auf, das in jeder Lösung bei längerem Stehen sich absetzte.

Die Lösungen wurden mit Brunnenwasser (aus der Jenenser Wasserleitung) gemacht. Es lag nahe anzunehmen, dass Kalksalze und die Salze anderer alkalischer Erden, vielleicht auch der geringe Gehalt an Alkalien diesen Niederschlag bewirkt habe. Das Jenenser Wasser enthält viel Calciumbicarbonat und Calciumsulfat, ich hielt daher das Sediment für Quecksilberoxyd. Genauere inzwischen auf Anregen des Herrn Prof. Fürbringer von Herrn Hofapotheker Dr. Stütz vorgenommene Analysen ergaben, dass es Hydrargyro-tetraoxychlorid ist, welches

sehr schwer löslich ist und in schönen dem übermangansauren Kali in Farbe und Form sehr ähnlichen Krystallen langsam sich abscheidet.

»Corpora non agunt nisi humida« lautet ein alter Satz in der Chemie und dieser Satz gilt auch von der Wirkung der Medikamente, falls man nicht nur eine mechanische Wirkung von ihnen fordert oder falls nicht die unlöslichen Verbindungen durch den Einfluss des Körpers in lösliche verwandelt werden.

Die Reaktionen der Kalksalze gehen sehr langsam vor sich; auch hier trat der Niederschlag erst nach längerer Zeit auf und um so geringer, je mehr heißes Wasser zur Lösung verwendet wurde. In diesem war ja der doppelt kohlensaure Kalk durch Kochen zersetzt und als einfach kohlensaurer zu Boden gefallen.

Dass verhältnismäßig geringe Mengen von Alkalien resp. alkalischen Erden genügen, um einen bedeutenden Niederschlag zu erzeugen, darf uns nicht wundern. Man bedenke, dass z. B. das Atomgewicht des Calciums C = 20, das des Quecksilbers Hg = 200 ist. Ein Gramm Calcium kann also 10 g Hg niederschlagen, indem es ihm die Säure, resp. das Chlor wegnimmt.

Die vorräthige koncentrirte Sublimatlösung wurde von nun an von uns selbst bereitet und zwar auf folgende Weise: 100 g grob zerkleinerten Sublimats werden in einen Glastrichter geschüttet, dessen Ausflussrohr lose mit Glaswolle verstopft ist. Dieser Trichter wird auf eine Glasflasche gesetzt, welche 7500 g fasst, aus einer gleich großen mit destillirtem Wasser gefüllten Flasche wird so lange auf den Trichter nachgegossen, bis die zweite Flasche leer und die erste gefüllt ist. Die Lösung wird so gleichzeitig bereitet und filtrirt. Dies Verfahren ist so einfach und sicher, dass wir nach Kurzem die Zubereitung der Sublimatlösung dem Personal wieder überlassen konnten.

Das destillirte Wasser braucht nicht etwa vorher in besonders desinficirten großen Kochgefäßen erhitzt zu werden. Im Sommer wird das Sublimat von kaltem destillirtem Wasser gelöst, im Winter kann man die mit destillirtem Wasser gefüllte Flasche kurze Zeit auf oder an den warmen Ofen stellen, bis der Inhalt lauwarm ist. Die Lösung erfolgt dann ziemlich rasch. Wollte man die Lösung wie bei anderen Chemikalien durch Kochen bewirken, so würde ein Theil mit dem Wasserdampf in die Luft gehen, ein anderer Theil würde sich zersetzen und als weißes Pulver im Rückstand bleiben. Es ist dies eine Erfahrung, welche ich als Assistent der Augenklinik gemacht habe. Dort fand Herr Prof. Kuhnt ebenfalls, dass das Sublimat als Desinficiens im Stich lasse, wenn die Lösung längere Zeit gestanden hatte und forderte mich auf, die Ursache ausfindig zu machen. Ich fand schon damals die genannten Verhältnisse. Die Koncentration 1 : 75 wählten wir aus praktischen Gründen. Die Irrigationen werden vom Personal zubereitet. Bei einer Dosirung nach Grammen würden sich die Leute fortwährend verrechnen und Irrthümer würden oft genug vorkommen. Bei dieser Koncentration enthalten aber 15,0 = 1 Esslöffel 0,2 g Sublimat, dieses einem Liter Wasser zugesetzt, giebt 1 : 5000. Diese Einrichtung hat sich sehr gut bewährt. Kleine Glascylinder, als Einnehmegläser in den Apotheken käuflich, sind bei uns in Verwendung. In der Augenklinik hatten wir eine Koncentration von 1 : 25 vorräthig. Ein Theelöffel = 5,0 auf 1 Liter Wasser ergab dort 1 : 5000. Die Einrichtung erwies sich als gleich praktisch.

Außerdem war jedoch noch eine andere Form der Anwendung für Sublimat, namentlich in der Poliklinik, in Gebrauch, welcher ganz zu verwerfen ist. Einzelne dosirte Pulver zu je 0,2 Sublimat wurden in der Tasche mitgeführt und nach Bedürfnis ein oder mehrere Pulver in die Irrigation geschüttet, umgerührt und verwendet.

Das Sublimat löst sich ziemlich langsam und schwer. In einer so großen Irrigation ist nun die verschwindend kleine Sublimatmenge sehr schwer darauf zu kontrolliren, ob Alles gelöst ist, nicht zu reden davon, wie viel davon wieder ausgefällt wird, namentlich, wenn ein Metallirrigator zur Verwendung kam.

Metallgeräthe sind überhaupt bei Irrigation möglichst zu vermeiden, weil nicht nur diese selbst »zerfressen« werden, sondern auch die Sublimatlösung ziemlich rasch ihres Sublimats beraubt und der ganze Zweck der Irrigation vereitelt wird.

Fast sämmtliche Metalle mit Ausnahme des Eisens und besonders des Nickels nehmen dem Sublimat das Chlor weg, schlagen das Quecksilber regulinisch nieder und bilden mit demselben Amalgam, welches bei einem großen Quecksilbergehalt knetbar, bei einem höheren sogar flüssig ist. Eisen nimmt nur Chlor vom Sublimat; es bildet Niederschläge, aber kein Amalgam. Daher sind von Metallgeräthen dem Sublimat gegenüber die eisernen noch am meisten widerstandsfähig. Die ganzen Irrigationen mit destillirtem Wasser zuzubereiten, wäre sonach das Allerrichtigste gewesen; aber mit welchen Umständen und Unbequemlichkeiten musste das verknüpft sein! Sehen wir ab von dem relativ hohen Preise der so zubereiteten Irrigationen, so hätte man doch große Mengen destillirten Wassers theils erwärmt, theils kalt stets vorräthig halten müssen und zwar in wohl verschlossenen Glasgefäßen, denn wäre die Aqua destillata der Atmosphäre ausgesetzt worden, hätte sie Ammoniak aus der Luft aufgenommen und das Sublimat wäre wieder ausgefällt worden in Form des bekannten Hydrargyrum praecip. album.

Wir sahen, dass lange Zeit verging, bevor ein Niederschlag eintrat, wenn wir die koncentrirte Lösung zum Gebrauche mit gewöhnlichem Wasser mischten. Wir glaubten also obigen Satz so umdrehen zu dürfen: »Corpora agunt si fluida«, d. h. das Sublimat ist wirksam, so lange die Lösung noch klar ist. Wir bereiteten daher die verdünnten Lösungen für den Gebrauch stets frisch durch Verdünnung der koncentrirten mit dem warmen und kalten Wasser der Leitung und verbrauchten sie, ehe jener augenscheinlich langsam ablaufende chemische Process sich abspielte.

Bei Desinfektion der Hände wurde außerdem die Einwirkung der Seife auf das Sublimat beargwöhnt; daher stellten wir eine koncentrirte Seifenlösung mit destillirtem Wasser her, setzten Sublimatlösung hinzu und fanden, dass sie einen weißen wolkigen Niederschlag erzeugt.

Wir schlossen daraus, dass das Alkali der Seife das Sublimat ausfälle und dass man sich die Hände weder mit Sublimat noch mit Seife, sondern wenigstens z. Th. mit freien Fettsäuren und einer unlöslichen, d. h. unwirksamen Quecksilberverbindung wäscht, falls man Seife und Sublimatlösung gleichzeitig verwendet. Dies gilt natürlich auch vom Abseifen und Desinficiren irgend einer Hautfläche an der Kreißenden resp. Operirten.

Daher kommt wohl auch das angenehme Gefühl besonderer Geschmeidigkeit der Haut nach einer solchen Desinfektion, denn Sublimat allein macht stets die Haut oder Schleimhaut rauh. Es wurde daher für die Studirenden das Regulativ für die innere Untersuchung erweitert, wie folgt:

I. Die Finger werden 1) an Nagelfalz und Nagelrand von allem sichtbaren Schmutz mit einem zugeschärften Instrument (Messerspitze) gereinigt, die Nägel, wenn nöthig, gekürzt; 2) mit Wasser, Seife und Nagelbürste bis fast zum Ellbogen gebürstet und gewaschen, um etwa inficirte lockere Epidermisschuppen zu entfernen, die Hautoberfläche von Fett zu befreien; 3) mit Sublimatlösung allein (1 : 5000) einige Zeit lang gewaschen und in Kontakt gelassen; 4) nicht abgetrocknet noch mit Öl benetzt, sondern vom Desinficiens noch feucht in die Genitalien der Kreißenden eingeführt, da Handtuch und Fett oder Öl nicht frisch desinficirt, also auf Mikroorganismengehalt suspekt sind. Außerdem wird das Fett durch eine wässrige Irrigation nicht wieder aus den Genitalien entfernt, wodurch etwa eingeführte Keime in der Vagina fixirt bleiben.

II. Keine Untersuchung wird ohne vorhergegangene Scheidenirrigation vorgenommen. Nach jeder Untersuchung wird die Irrigation wiederholt.

Diese Irrigationen nahm ich Anfangs alle selbst vor und zwar war ich von vorn herein überzeugt, dass die Vagina nur sehr unvollkommen entfaltet werde, falls man nur den Irrigationsstrahl mit dem Katheter hinein dirigire. Mit auf die angegebene Weise sorgfältig desinficirten Fingern wurde jede Falte derselben während der Irrigation glatt gestrichen und die auf der Vaginalwand befindlichen Sekrete mobil gemacht. Es sollte eine Ausspülung, keine Einspritzung gemacht werden.

Durch Lektüre von Lehrbüchern der Arzneimittellehre wusste ich, dass Subli-

mat mit Eiweiß unter gewissen Bedingungen gerinnt; folglich kann recht gut manches Sekretklümpchen mit einer solchen Gerinnungsmembran überzogen sein, während es in seiner Mitte noch lebende Mikroorganismen in Menge birgt, welche später durch Zerdrücken der Gerinnungshülle wieder frei werden. Das Sublimat verschließt sich gleichsam selbst den Weg in das Innere eines solchen Coagulum.

Anderwärts wird, wohl in gleicher Absicht, die Vagina ausgewischt. Ich halte das Ausspülen unter Kontrolle der Finger für besser, weil man mit diesem fühlt, ob auch alle Falten geglättet, ob alle Sekretmassen entfernt sind, während man mit dem günstigst gestalteten Tamponhalter doch mehr Kraft anwenden muss, also leichter Verletzungen machen kann und doch nicht so sicher ist, dass man überall gewischt hat. Außerdem wird dabei immer das dem Ausgang zunächst gelegene, also höher suspekte Sekret wieder in das Scheidengewölbe und den Muttermund hineingewischt.

Nach jeder Geburt wurde unmittelbar eine solche, aber kalte Scheidenausspülung mit Sublimat angeschlossen, die hauptsächlich den Zweck hatte, die gebildeten Blutcoagula mechanisch aus der Vagina zu entfernen und den Uterus zu dauernder Kontraktion anzuregen. Diese Blutcoagula sind ja, wenn aseptisch, durchaus unschädlich, genau so wie Eihautreste: sie werden meist spontan ausgestoßen, sind aber ein vorzüglicher Nährboden für alle Keime und disponiren zu Wochenbetterkrankungen.

Die Behandlung des Wochenbettes war und ist absolut negativ, falls man von obigen Indikationen absieht. Ein Bausch Wundwatte, mit dreizipfligem Tuche vor den Genitalien fixirt, nimmt die Sekrete auf und wird verbrannt und durch einen neuen ersetzt, bevor die Unterlage benetzt wird.

Instrumente werden nach jedesmaligem Gebrauche geputzt, vor jedesmaligem Gebrauche, wenn möglich, abgekocht. In der Poliklinik werden sie meist vor dem Gebrauch mit frisch verdünnter Sublimatlösung abgewischt oder einen Moment in die fertige Irrigation eingetaucht.

Seitdem die Sublimattherapie auf diese Weise gehandhabt wurde, kam es nicht mehr vor, dass die Sublimatwirkung versagte, man konnte jetzt aber auch die Wahrnehmung machen, dass Sublimat kein harmloses Mittel sei.

Jene Kontraktionen der Vagina während und nach der Irrigation, von welchen v. Szabo[1] und v. Herff[2] berichten, Schmerzhaftigkeit und Wundsein der äußeren Genitalien, öfter schmerzhafter Stuhldrang und Diarrhoen unmittelbar nach der Geburt, während sonst bei Wöchnerinnen bekanntlich erst am 3.—4. Tage Stuhl erfolgt etc., wurden beobachtet. Einige Male waren auch nach Uterusirrigation Stomatitis und Salivation nebst schmerzhaften Durchfällen aufgetreten. Die Fälle wurden in der Klinik als Quecksilberintoxikationen vorgestellt, nahmen aber immer einen harmlosen Verlauf.

Dem entsprach auch die Schilderung des Verlaufs der subakuten Intoxikation (nach mittleren Gaben) von Nothnagel-Rossbach, nach welcher zwar Störungen im Bereiche des Speisetractus auftreten, aber nach Aussetzen der Ordination rasch wieder verschwinden sollen.

Es wurde demnach nur der Rückfluss bei Irrigationen besser kontrollirt, die Anwendung derselben aber nicht beschränkt, um so mehr als bei einer Verdünnung von 1 : 5000 noch nie eine schwere Intoxikation in der Litteratur berichtet worden war.

Zur Anwendung intra-uteriner Injektionen hatten wir leider damals noch öfter Gelegenheit wie jetzt. Die Wäsche der geburtshilflichen und der gynäkologischen Station ist nämlich nicht getrennt und wurde nach dem Waschen meist ohne besondere Desinfektion wieder in Gebrauch genommen. Spätinfektionen von Wöchnerinnen waren daher ziemlich häufig und wurden erst seltener, seit alle

---

[1] Centralblatt 1884. No. 35.

[2] Archiv für Gynäkologie Bd. XXV. p. 487.

Bettwäsche der ganzen Anstalt nach dem Waschen auf kurze Zeit in Sublimatlösung 1 : 5000 gegeben und dann ausgespült wird.

Der gleiche Übelstand besteht zur Zeit noch hinsichtlich der Matratzen und wird dadurch, dass meist Strohmatratzen zur Verwendung kommen, welche ja häufig frisch gefüllt werden müssen und dadurch, dass diejenigen Matratzen verbrannt werden, auf welchen Jemand septisch gestorben ist, sicher nur zum Theil umgangen.

Einen Apparat zur Desinfektion von Matratzen mittels überhitzter Dämpfe besitzt die Anstalt leider noch nicht.

Die oben angedeuteten unliebsamen Erfahrungen mahnten zur Vorsicht, daher wendete ich in dem gleich zu berichtenden Falle, bei dem Sublimat schon reichlich zur Verwendung gekommen war, 3%ige Karbollösung zur intra-uterinen Irrigation an, machte jedoch die gleiche Erfahrung wie sie Fuhrmann[3], Mäurer[4] und v. Herff[5] gemacht hatten, nämlich die, dass Karbolsäure viel leichter noch resorbirt wird, als Sublimat, dass dieses noch gut vertragen wird, wo jenes Mittel schon Vergiftungserscheinungen hervorruft.

Ich erlebte einen Karbolcollaps, der mir jeden Muth zu weiterer intra-uteriner Therapie mit diesem Medikament benahm, dagegen wurde Sublimat weiterhin von derselben Pat. mit bestem Erfolge angewendet und sehr gut vertragen.

Kl. Journ. 1885, No. 17.

Laura F., 30jährige Landwirthsfrau aus Hohlstedt bei Jena, war schon mehrmals poliklinisch behandelt worden; zuerst am 17. Januar 1885 wegen Frühgeburtsmolimina in Folge von Gastroenteritis acuta, welche nach Opium und Sal Carolinense nebst entsprechender Diät geschwunden waren. Aufnahme in die Anstalt erfolgte auf unsern Rath am 6. Februar 1885. Es wurde jetzt ein umfangreicher Abscess im paravesikalen Bindegewebe erkannt. Temp. 38,0. Die Eröffnung desselben verschob Herr Prof. B. S. Schultze bis nach der Geburt, da dieselbe wohl schwerlich aseptisch verlaufen wäre, falls ein offener Abscess sich in der Schoßgegend befunden hätte. Die frühere Geburt war normal verlaufen, Pat. befand sich am normalen Ende der Schwangerschaft (letzte Regel Anfang Mai 1884); Becken normal. Geburt stand jeden Augenblick bevor. Andern Tags Abends 11 Uhr klagt Pat. über Leibschmerzen und Stuhldrang, verlangt das Stechbecken, in welches hinein sie plötzlich einen reifen Knaben von freilich nur 2050 g Gewicht und 46,5 cm Länge gebiert; Placenta folgt 15 Minuten später spontan, keine Blutung.

Am 1. Wochenbettstag Temp. 38,4 im Maximum, Lochien normal, Schmerz in der Blasengegend, Cystitis.

Am 2. Wochenbettstage Wochenfluss normal. Temp. 38,4, Puls 108. Links neben der Clitoris eine fluktuirende, etwa 4 cm Durchmesser haltende, blaurothe und glänzende Stelle.

Klinische Vorstellung: Es wird beschlossen, jetzt den Abscess zu öffnen, weil man noch weniger in der Lage gewesen wäre, den unvermuthet ausfließenden Eiter von den Geburtswegen abzuhalten, falls man Spontanaufbruch abgewartet hätte. Der Scheideneingang wird daher mittels eines in Guttaperchapapier eingewickelten Tampons verschlossen und eine kleine Öffnung in den Abscess gemacht, in welche hinein ein langer Drainschlauch gesteckt wird, bestimmt den Eiter aus dem Bett herauszuleiten. Die ganze Umgegend des Abscesses wird bedeckt mit in Sublimatwasser getauchten Wattebäuschen, eben so ein ausgedehnter Decubitus an Kreuzbein und Schulterblättern.

Am anderen Tage, dem 3. Wochenbettstage, früh, sind die Lochien missfarbig und übelriechend. Temp. 38, Puls 96. Belege am Scheideneingang und an der Portio. Uterusausspülung mit Sublimat 1 : 5000. Abends Temp. 37,2, Puls 94.

Am 4. Tage früh Temp. 38,3, Puls 140; Abends Temp. 39,6, Puls 106. Wo-

---

[3] Centralblatt 1884. No. 12.

[4] Ibid. No. 17.

[5] l. c.

chenfluss noch missfarbig, übelriechend. Da Sublimat schon reichlich verwendet wurde, spülte ich jetzt den Uterus mit 4 Liter 3%iger Karbollösung aus. Nachdem ca. 1 Liter hindurchgeflossen war, schreit die Wöchnerin auf, es werde ihr schwarz vor den Augen.

Augenblicklich wird die Spülung unterbrochen. Das Gesicht der Pat. ist leichenblass. Puls an der Radialis nicht zu fühlen. Muskulatur leichenschlaff. Athmung sistirt. Augenachsen nach außen und oben verdreht, so dass nur das Weiße der Bulbi zu sehen ist; Lider weit geöffnet; kurz, ein bedenklicher Anblick. Ich rief nach Äther, um die Herzthätigkeit mittels subkutaner Injektionen zu heben und machte inzwischen künstliche Respiration. Erfolg blieb zuerst aus, da die Zungenwurzel nach hinten gesunken war. Ich war daher gezwungen, die künstliche Respiration mit einer Hand auszuführen und mit der anderen Hand die Zungenbasis zu heben, bis mein Kollege, Herr Dr. Skutsch, auf meine Bitte mir zu Hilfe kam. Die Luft strömte jetzt hörbar durch den Larynx aus und ein, dem entsprechend war auch der Effekt. Noch bevor Dr. Skutsch ankam, war eine oberflächliche, schnappende Athembewegung spontan erfolgt. Puls war wieder fühlbar, aber nicht zu zählen: die Frequenz war zu hoch, die Welle zu klein.

Von Neuem wurde nun subkutan Äther applicirt und mit vereinten Kräften künstliche Athmung gemacht. Die asphyktischen Inspirationen wurden häufiger, dauerten aber noch fort, als ca. $^3/_4$ Stunden nach Beginn des Collapses eine regelmäßige, spontane Athmung eingetreten war. Dieselbe war jedoch sehr flach und frequent, ca. 60—70 Respirationen in einer Minute. Außerdem erschütterte jetzt ein krampfhaftes Zittern mehrmals den ganzen Körper. Durch Hautreize, z. B. Besprengen mit kaltem Wasser, Bürsten, Abreiben mit nassen Tüchern, Massage, durch Äther bis zusammen 7 Spritzen wird allmählich Puls und Respiration der Norm genähert. Das Bewusstsein kehrt erst 2 volle Stunden nach Beginn des Collapses zurück. Die Temperatur ist jetzt 35,3, Puls 120. Gleich darauf begann Erbrechen sich einzustellen, welches $1^1/_2$ Tage anhielt und nur Nachts etwas nachließ. Schon der nächste entleerte Urin sah schwarz aus und erst nach 3 Tagen kehrte eine normale Färbung zurück. Unmittelbar nach der Irrigation war eine Druckempfindlichkeit des Hypogastrium zu beiden Seiten des Abscesses zu konstatiren gewesen, ohne eine nachweisliche Resistenz, welche bis zum Nabel reichte und mehrere Tage anhielt.

Bis zum 6. Wochenbettstage, also zwei Tage nach dem Collaps, steigt nun die Temperatur am Abend gleichmäßig wieder an bis 40,0. Speculumuntersuchung ergiebt, dass die Belege am Ostium vaginae et uteri ext. zugenommen haben, Pseudomembranen hängen aus dem letzteren heraus. Uterusausspülung mit Sublimat 1 : 5000; nach einiger Zeit Pinselung der Belege wie des ganzen Cervix mit Tct. Jodi. Die Temperatur sinkt noch am selben Abend auf 37,6.

Im weiteren Verlauf gehen unter dem angegebenen Regime: Pinselung des Cervix und der sichtbaren Belege mit Jodtinktur, abwechselnd mit Sublimatausspülung des Uterus 1 : 5000, die Affektionen an den inneren Genitalien zurück, Vaginalsekret hat bald den Charakter gutartigen Eiters. Der Abscess neben der Blase erforderte noch 3 weitere Incisionen. Temperatur erreichte am 14. Wochenbettstag noch einmal 38 und blieb seitdem normal. Der Decubitus heilte sehr langsam, daher Entlassung erst am 21. Tage nach vollständiger Genesung.

Auch dieser »Zufall«, welchen ich als akute Karbolintoxikation auffasse, wie Küstner, der den ersten derartigen Fall veröffentlicht hat, verlief ebenfalls nicht tödlich, ich glaube aber, dass die Folgen schlimmere gewesen wären, wenn sich Pat. nicht so gesunder Lungen, so intakten Herzens und Nervensystems erfreut hätte. Ich halte es für Zufall, dass noch keine tödlich verlaufenen Fälle beobachtet worden sind. Auf jeden Fall müssen derartige Erfahrungen in der Privatpraxis recht unangenehm sein.

Da ich nicht beabsichtige, hier weiter auf die Vorzüge des Sublimat vor der Karbolsäure einzugehen, sei es mir gestattet, sogleich den tödlich verlaufenen Fall von Sublimatintoxikation hier folgen zu lassen.

Klin. Journ. 1885, No. 37.

Emilie Blanke aus Apolda, 19jährige Igravida, hat als Kind Masern und Scharlach überstanden. Menstruirt seit dem 17. Jahre regelmäßig, 4wöchentlich, 3—4tägig, reichlich und ohne Schmerzen. Im 18. Jahre 6 Monate lang Amenorrhoe wegen Bleichsucht; auf ärztliche Medikation vollständiges Wohlbefinden. Letzte Regel Anfangs Juni 1884, seit Mitte Juli bis Mitte September an Typhus in der medicinischen Klinik behandelt.

In der letzten Zeit der Schwangerschaft häufig Erbrechen und Durchfälle, ersteres namentlich nach Genuss von Schwarzbrot.

Statur schlank, Muskulatur, Fettpolster, Knochenbau mittelmäßig. Urin, mehrwöchentlich je einmal untersucht, stets frei von Eiweiß. Am normalen Termin der Schwangerschaft wird am 13. März früh 1 Uhr nach 13stündigem Kreißen ein reifes Mädchen geboren von 2720 g Gewicht und 50 cm Länge. Außer vorzeitigem Blasensprung und Umschlingung der Nabelschnur nichts Abnormes; äußere Genitalien intakt.

Während und unmittelbar nach der Geburt wie oben angegeben Scheidenausspülungen mit Sublimat 1 : 5000.

Am 13. März: Temp. 37,2, 37,0, 37,4, Puls 70, 70. Uterus reicht bis 1 cm über den Nabel, Blase gefüllt, reicht bis 6 cm unter den Nabel. Urin spontan entleert.

Am 14. März: Temp. 36,5, 36,5, 37,3, Puls 74, 70. Uterus 2 cm unter dem Nabel; Ausfluss spärlich, geruchlos; Blase leer, Bauch schmerzfrei.

Am 15. März: Temp. 36,6, 37,0, 37,1, Puls 78, 90; Status idem.

Am 16. März: Temp. 36,6, 37,4, 38,0, Puls 102, 74; früh Uterus 4 cm unter dem Nabel; sonst Status. Abends Ausfluss übelriechend: 1. Uterusausspülung mit Sublimat 1 : 5000 von 4 Liter. Temperatur fällt.

Am 17. März: Temp. 36,4, 36,7, 36,8, Puls 78, 78: Uterus 5 cm unter dem Nabel; Ausfluss geruchlos; 1 Stuhl spontan.

Am 18. März: Temp. 36,4, 36,8, 36,9, Puls 70, 74; Darmblutungen vor dem Uterus; dieser 2 cm unter dem Nabel. Ausfluss spärlich, geruchlos; kein Stuhl.

Am 19. März: Temp. 36,7, 36,5, Puls 90, 86. Wie gestern. Noch kein Stuhl. Klysma mit Erfolg.

Am 20. März: Temp. 38,2, 38,6, 39,2, Puls 102, 122; früh Uterus 8 cm unter dem Nabel; Hypogastrium leicht druckempfindlich, Ausfluss missfarbig, übelriechend, 2. Uterusausspülung mit Sublimat 1 : 5000 von 4 Liter.

Während der Spülung stöhnt Pat. auf, klagt über wehenartige Schmerzen und »Brennen« im Leibe. Das Hypogastrium ist auf Druck hochgradig empfindlich. Antworten sind schläfrig. Temperatur steigt, trotzdem leidliches Wohlbefinden. Pat. verschafft sich heimlich Schwarzbrot und isst $^1/_2$ Pfund davon. In der Nacht heftiges Erbrechen und 2 kopiöse Stühle unter heftigen Tenesmen.

Am 21. März: Temp. 37,8, 37,4. 38,7, Puls 102, 122; Abdomen unterhalb des Nabels stark druckempfindlich; das Zahnfleisch links ist wund. Ord.: Kal. chloric. und Opium; Abends noch eine Uterusausspülung mit Kal. hypermang.

Am 22. März: Temp. 37,7, 37,4, 38,6, Puls 98, 104. Wie gestern, dazu Schwellung der ganzen Mundschleimhaut und der Zunge; Erbrechen und Diarrhoen dauern fort und treten meist gleichzeitig auf. Ord.: Kal. chloric., Eispillen, Opium, Natr. bicarbon.

Am 23. März: Temp. 37,0, 36,8, 37,9, Puls 82, 82. Uterus 7 cm unter dem Nabel; Erbrechen und Durchfälle haben nachgelassen, die Stomatitis hat zugenommen, eben so die putride Beschaffenheit des Ausflusses, Belege am Ostium vaginae et uteri externum. Da demnach Kal. hypermang. unzulänglich ist, wird noch eine 3. Uterusausspülung mit Sublimat 1 : 5000 gewagt im Vertrauen auf die Harmlosigkeit der Affektion, welche ja sogleich als Intoxikation erkannt worden war. Etwaige Retention von Lösung im Uterus wird vermieden durch Senken des Irrigator zum Schluss der Spülung, wodurch der Rest zurückgehebert wird. Diarrhoen werden nicht häufiger. In den erbssuppenfarbigen Ausleerungen finden sich sagokornähnliche Körper, welche von blutigen Fäden durchzogen sind. Das Er-

brechen wird seltener. Ord.: Tct. Opii simpl. Maximaldose, Bismuth. subnitric. 1,0 pro dosi. Die Ulcerationen am Ost. vaginae et uteri werden mit Tct. Jodi gepinselt.

Am 24. März: Temp. 36,3, 36,2, 36,2, Puls 120; das Erbrechen ist geringer; keine Salivation; Therapie die gleiche. Es kommt noch Bronchitis hinzu.

Am 25. März: Temp. 35,8, 36,2, 36,3, Puls 120, sehr klein; Status idem.; Stuhl weniger, Erbrechen wieder reichlicher, namentlich in der Nacht. Es besteht seit früh beständiger Singultus; bei Berührung am ganzen Körper (Muskel-?) Schmerz, Haut trocken; heftiger Durst: Ursache ist vielleicht die Austrocknung der Gewebe durch den beständigen Wasserverlust, ähnlich wie bei Cholera oder Arsenikintoxikation. Rasseln, Knisterrasseln, deutet auf Lungenödem, daher Ätherinjektion: Besserung. 12 Uhr Mittags von Neuem Rasseln; es wird wieder Äther gegeben: das Rasseln schwindet, der Puls hebt sich. Da Pat. nichts, was per os gereicht wird, bei sich behält, Champagner, Eispillen, Fleischpepton, Milch etc. schon seit Tagen immer sofort wieder ausgebrochen worden waren, wird jetzt ein Versuch gemacht, mittels Opiumtinktur subkutan, den Darm ruhig zu legen. Die Diarrhoe steht darauf, nicht dagegen das Brechen. Am Nachmittag kehrt das Rasseln wieder, weicht auf Äther, kehrt je nach 3 Stunden mehrmals wieder, dann schon nach zweien. Sputa haben das Aussehen dünnflüssigen Eiters. In der Nacht um 12 Uhr war Äther zum letzten Male von Erfolg, um 1 Uhr kehrt das Ödem zurück, Äther hilft nicht. Während des Versuches einer Kochsalztransfusion lässt die Herzthätigkeit plötzlich nach — Exitus.

Sektion am 27. März 1885, ausgeführt von Herrn Hofrath Prof. Müller, ergiebt Pathologisches: »Zahnfleisch, namentlich gegen die Zähne hin und die seitlichen Partien der Wangenschleimhaut, leicht grau, nirgends ulcerirt.« — — — »Punktförmige Sugillationen am mediastinalen Bindegewebe und am Visceralperikard; Pleura pulmonalis beiderseits bis linsengroß sugillirt; mäßiges Ödem und trübes, graues Sekret in den blaurothen unerheblich geschwellten Bronchien. Geringe diffuse Trübung des Endokards links und des Bulbus aortae.« — — »Parietalperitoneum partiell leicht injicirt, der untere Dünndarm streckenweise auf der Serosa leicht injicirt. Die gelbliche, das kleine Becken füllende Flüssigkeit in der Tiefe fibrinöse Eiterpfropfen führend. In den Lymphgefäßen des Plexus spermaticus beiderseits völlig klarer Inhalt.« — —

»Magenschleimhaut im Ganzen wenig gefaltet, an einzelnen gerötheten Stellen missfarbiger Schleim der Schleimhaut aufsitzend. Im oberen Jejunum wird die Schleimhaut graugelb, etwas succulent, aber ohne auffallenden serösen Glanz. Im unteren Jejunum gelbgrüner, schleimiger Inhalt, Schleimhaut gelblichgrau. Im Ileum schmutziggrüner schleimiger Inhalt, allmählich wässrig dünne Beschaffenheit annehmend. Die Schleimhaut dieser Strecken serös geschwellt. Die Schleimhaut des untersten Ileum stark geschwellt und geröthet; zahlreiche festsitzende, graugelbe Belege. An der Klappe dicke grünlichgelbe festsitzende Belege. Im Coecum und Colon ascendens schmutziggraugelber Inhalt. Schleimhaut stark geröthet, ödematös, stellenweise buckelig geschwellt. Diese Stellen grüngelb belegt. Derselbe Inhalt im ganzen weiteren Verlauf des Dickdarmes, bei völlig gleicher Beschaffenheit der bis ans Rectum dieselbe Veränderung zeigenden Schleimhaut. Nierenkapsel beiderseits glatt abziehbar. Rinde geschwellt, blassgelb, etwas verwaschen roth gestreift. Mark hellbraunroth, hellgelb, gelblich gestreift. Schleimhaut in Becken und Kelchen bleich und glatt.

In der Blase wenig blasser Inhalt, Schleimhaut bleich.

Kirschengroßes Kystom im Lig. lat. sin.

Schleimhaut der Vagina in der oberen Hälfte theils mit röthlich gelbem trüben Epithel überzogen, theils mit flach excoriirten, ziemlich festsitzenden dünnen, bräunlichen Belegen. Einige zersetzte Blutgerinnsel und sanguinolentes Sekret am Muttermund. Epithel an der Außenfläche des Muttermundes grauweiß, trüb; Innenfläche grauweiß, mattglänzend. Uterus 108 : 80 : 40 cm. Im Cavum uteri etwas trübes, hell schokoladefarbiges Sekret. Schleimhaut des Cervix ausgiebig mit braungelben, trüben, flockigen Belegen versehen. Die rechte Hälfte der hinteren Wand einfach injicirt, verhältnismäßig glatt, glänzend. Die Schleimhaut des Körpers an der vorderen Uteruswand in einer Höhe von 30 mm excoriirt, namentlich

in der oberen Hälfte der excoriirten Strecke mit grauweißen Belegen versehen. Die Schleimhaut der oberen Hälfte der vorderen Wand gelbroth, unbedeutend körnig uneben, normal glänzend; die hintere in ganzer Ausdehnung von der Placentarstelle eingenommen. Auch hier die flachen Vorwölbungen trüb, schmutzig graugelb gefärbt, ausgedehnte Belege zeigend. Lymphgefäße am Tubenwinkel beiderseits ohne abnormen Inhalt.

Diagnose: Diphtherischer Belag im Uterus; Dysenterie in Folge von Sublimatvergiftung.«

Bemerkenswerth ist an dem Verlauf dieses traurigen Falles, dass bei ein und derselben Person, also unter gleichen Bedingungen, erst durch die zweite intrauterine Sublimatausspülung die Erscheinungen hervorgerufen sind. Die vorausgegangene Sublimatmedikation blieb ohne sichtlichen Einfluss auf Erzeugung der Symptome.

Dies veranlasste mich, über die Frage nachzudenken: wie gelangt das Gift in den Kreislauf, durch welche Kautelen kann man die Resorption desselben vermeiden, resp. vermindern, d. i. der zweite Gesichtspunkt, nach welchem ich das mir erwählte Thema betrachten will.

Ich schloss daraus, dass gerade bei der zweiten Spülung besondere Bedingungen zur Aufnahme des Giftes in den Organismus vorhanden gewesen sein müssen und erinnerte mich dunkel, dass damals, als Pat. Schmerz äußerte, die Spülung nicht gut abfloss.

Hieraus schloss ich, so wie aus der unmittelbar nach der Spülung aufgetretenen Empfindlichkeit des Hypogastrium, dass damals der Uterus sich kontrahirt haben müsse. Der Cervix, resp. der innere Muttermund hat dabei wahrscheinlich den dicken Katheter umschlossen, das Corpus seinen Inhalt z. Th. durch die Tube in die Bauchhöhle auf das rasch resorbirende Peritoneum gepresst.

Dafür spricht außerdem noch der pathologisch-anatomische Befund. Leider wurde die Flüssigkeit im kleinen Becken nicht auf Quecksilber untersucht. Die diphtheritischen Membranen im Uterus sind wohl theilweise Ätzschorfe, hervorgerufen durch Jodtinktur.

Ich durchmusterte daraufhin die damals schon publicirten Fälle und fand, dass Ähnliches schon J. C. Vöhtz[6] ausgesprochen hatte. Von den weiteren publicirten Fällen konnten hinsichts der Schwere der Erscheinungen und des schließlichen Ausgangs mit dem vorliegenden Fall nur noch der von Stadfeldt[7], der von Lomer[8], die beiden von Winter mitgetheilten Fälle[9] und höchstens der von Mäurer[10] mitgetheilte einen Vergleich eingehen. Ich glaube, dass bei diesen schwersten Fällen gerade der eben genannte Resorptionsmodus stattgefunden hat.

Stadfeldt und Vöhtz allein berichten über Auftreten von Symptomen schon während der Spülung, Vöhtz hat eine heftige Kontraktion des Uterus direkt wahrgenommen. In den Fällen von Winter war operirt und mit heißer zu Kontraktion anregender Lösung ausgespült worden. Die Wahrnehmung der augenblicklichen Symptome war vielleicht durch Narkose erschwert, später war die örtliche Empfindlichkeit vielleicht durch die mitgetheilte allgemeine des ganzen Körpers verdeckt.

In Lomer's Fall wurde ein kompleter Dammriss unter permanenter Berieselung mit Sublimat genäht. Hier lag es nahe, die Resorption des Giftes von Seiten des direkt bespülten Rectums anzunehmen.

Bemerkenswerth ist ferner, dass bei dem ersten schweren Fall, der in Breslau beobachtet wurde, nach Bespülung eines Rectumprolapses die Erscheinungen eintraten[11].

---

[6] Aarhus. Hosp. Tit. 1884. No. 22. — Centralblatt 1884. No. 31.

[7] Centralblatt 1884. No. 7.

[8] Centralblatt 1884. No. 14: Sitzungsbericht der Berliner gynäkologischen Gesellschaft vom 25. Januar.

[9] Centralblatt 1884. No. 43.

[10] Centralblatt 1884. No. 17.

[11] Bokelmann, Centralblatt 1884. No. 11.

Dass in Breslau lange überhaupt nichts von Vergiftungserscheinungen beobachtet wurde, trotz der hohen daselbst gebräuchlichen Koncentration, liegt vielleicht daran, dass dort der Bozeman'sche von Fritsch modificirte Katheter verwendet wird, welcher den Rücklauf sichert und das Zustandekommen obigen Vorgangs wenigstens sehr erschwert.

Die übrigen von Breslau aus mitgetheilten Fälle waren nur leichte Intoxikationen.

Reine Intoxikationsfälle, solche, wo die Erscheinungen septischer Infektion der Genitalorgane nicht mit den Intoxikationssymptomen konkurriren, sind überhaupt nur die 3 Berliner. Die übrigen sind sämmtlich nicht reine Fälle; dies gilt vor Allem von dem Falle Mäurer's (l. c.) bei dem die Symptome zu sehr von denen anderer abweichen: hohe Temperaturen (40,0°), Erbrechen, Durchfälle, Erythem am ganzen Körper, Anurie, später Polyurie, Desquamation des ganzen Körpers etc., während sonst überall Herabsetzung der Temperatur vorhanden war. In diesem Falle war nur eine Scheidenausspülung von $^1/_2$ Liter 1 : 2000 vorgenommen worden und zwar vor Lösung einer Nebenplacenta. Sicher kann aber dieser Fall nicht als Beweis (v. Herff) dafür dienen, dass die Vagina hauptsächlich das Sublimat resorbire.

Erwähnenswerth ist noch der Fall von Elsässer[12], in welchem 30 g Ungt. hydrarg. cin., 1,2 g Kalomel und 56 g Sublimat meist als Vaginalirrigation innerhalb 14 Tagen zur Verwendung kamen. Wenn auch auf die Uterusinnenfläche nur täglich mehrmals Mengen von 3—4 gr mittels Braun'scher Spritze applicirt wurden, so beweist der Fall dennoch, wie große Mengen ohne tödlichen Ausgang angewendet werden können, wenn nur das Gift nicht auf rasch resorbirende Gewebe gebracht wird.

Hier mag der Weg, den das Gift genommen hat, ein anderer gewesen sein: es war zuerst durch v. Szabó und v. Herff (l. c.) darauf hingewiesen worden, dass die Vagina sich während der Sublimatspülung kontrahire. Von letzterem wurde betont, dass namentlich der Constrictor cunni die Kontraktion bewirke und während die oberen Partien durch eine Sublimatspülung ballonartig aufgebläht seien, werde durch diese Kontraktion am Eingange ein großer Theil davon zurückgehalten.

Die Beobachtung ist richtig. Namentlich an frisch entbundenen Wöchnerinnen kann man sich davon überzeugen; aber die Kontraktion beschränkt sich nicht auf jenen Muskel allein, sondern erstreckt sich höchst wahrscheinlich auf die gesammte Muskulatur des Dammes incl. Sphincteren von Anus und Vesica und ist nur z. Th. unwillkürlich.

Am wenigsten zutreffend ist nun die Folgerung, welche v. Herff daraus zieht, nämlich die, dass von der Scheide aus die toxischen Quantitäten des Giftes aufgenommen würden und dass der Uterus verhältnismäßig unschuldig an Vergiftungen sei. Als Beweis, dass die Vagina resorbire, führt er Fälle an, bei welchen ausschließlich nach Vaginalkarbolausspülungen Karbolurin aufgetreten sei. Der Autor scheint zu übersehen, dass ein Abschnitt des Uterus sich in der Vagina befindet und dass dieser in die etwa dort befindliche toxische Lösung hineintaucht. Die Vaginalportion ist, namentlich bei Wöchnerinnen, ausgedehnt mit Cylinderepithel bekleidet (Ektropium), hat außerdem meist frische Verletzungen, in welchen die Lymphräume vollständig offen liegen. Die Vagina dagegen hat ein epidermisähnliches mehrschichtiges Pflasterepithel und die Verletzungen derselben im oberen Theil sind verhältnismäßig selten. Der von v. Herff angenommene Resorptionsweg ist schon desshalb höchst unwahrscheinlich. Dass der noch angeführte Fall von Mäurer nicht beweiskräftig ist, wurde oben schon angegeben.

Nach meiner Meinung wird nicht genügend gewürdigt, dass im Uterus Kontraktionen, d. h. Nachwehen, periodisch auftreten und das in höherem Maße durch den Reiz einer oft anders temperirten Lösung von ätzenden Chemikalien.

Wenn man einen gefüllten Kautschukballon mit der Mündung unter Wasser hält und ausdrückt, so entleert der Ballon einen Theil seines Inhaltes in das

---

[12] Centralblatt 1884. No. 29.

Wasser, der leere Raum wird aber beim Nachlassen des Druckes durch ein Gemenge von beiden ersetzt. Das Gleiche wird auch mit dem Inhalt des Uterus (Blut, Lochien etc.) geschehen, außerdem wird aber beim Nachlassen der Kontraktion ein negativer Druck in der Wand des Uterus selbst auf kurze Zeit entstehen, dieser wird sich nun durch Zufluss von beiden Seiten ausgleichen, sowohl durch arteriellen Zufluss vom Körper her, als durch Aspiration in die Lymphwege vom Cavum uteri her. Das letztere um so ausgiebiger, je geringer der arterielle Druck ist.

Karbollösung kann natürlich auf dem gleichen Wege resorbirt werden, daher ist das Auftreten von Karbolurin nach Scheidenausspülungen kein Beweis dafür, dass die Scheide ausschließlich resorbirt habe.

Diejenigen Fälle, bei welchen das Gift auf diesem Wege in den Kreislauf gelangt ist, sind jedenfalls harmloser als diejenigen, wo es direkt auf resorbirende Flächen gelangt, namentlich mag die Aspiration direkt in die Lymphwege eine sehr geringe Rolle spielen.

Nie vergessen darf man auch, dass für den schließlichen Ausgang die Menge und Gefährlichkeit des Giftes einestheils mit der Resistenzfähigkeit des Organismus, anderntheils in Konkurrenz steht. Die Sublimattodesfälle, welche nach chirurgischen Eingriffen vorgekommen sind, scheinen den obigen Ausführungen zu widersprechen.

Der von Schede[13] mitgetheilte Fall betraf eine äußerst anämische und elend aussehende Frau von einigen 50 Jahren, mit großem ulcerirten Brustkrebs. Abgesehen davon, dass natürlich auch die Wunde sehr groß gewesen sein muss, abgesehen davon, dass am Thorax durch die Athmung einestheils fortwährende Muskelkontraktionen stattfinden, welche ähnlich wie der Uterus wirken können und anderentheils im Venensystem des Thorax, folglich auch im Ductus thoracicus, beim Inspiriren negativer Druck besteht, wodurch wiederum aspirirt werden mag, geht ein derartiges Individuum zu Grunde an einer Schädlichkeit, welche von einer jungen Wöchnerin leicht ertragen wird. Außerdem stand als fortwirkende Schädlichkeit der mit Sublimat durchtränkte Verband in Berührung mit der offenen Wunde. Auch Mikulicz schiebt in seinem Falle die Schuld auf diesen. Bei den beiden leichten Sublimatintoxikationen von Taenzer (l. c.) waren Sublimatumschläge gegen den Damm gemacht worden, welche ähnlich auf Damm und Rectum gewirkt haben mögen. Die Quecksilbermenge, welche auf diesem Wege resorbirt wird, entzieht sich der Berechnung, kann bald groß bald gering sein.

Die übrigen beiden Fälle von Schede waren Peritonealoperationen, erklären sich also aus Peritonealresorption.

Nach all diesen Erwägungen, welche ich Herrn geh. Hofrath Prof. Schultze vortrug, genehmigte derselbe meinen Vorschlag, dass trotzdem unter keinen Umständen das Sublimat verlassen werden sollte, bevor ein besseres Desinficiens gefunden wäre, als es die Karbolsäure und das Sublimat ist. Traurig, sehr niederdrückend, ich bekenne es, ist für den Arzt das Bewusstsein, in der Absicht zu helfen Jemand an Leib und Leben geschadet zu haben; es tröstete uns aber die Überzeugung, dass mehr Menschenleben, auch bei uns, durch das Sublimat erhalten worden sind, als ihm zum Opfer fielen.

Weniger bestimmte uns dazu der Nachweis, dass die Durchschnittstemperatur bei mit Sublimat behandelten Wöchnerinnen geringer gewesen war, wie bei mit Karbolsäure desinficirten, wie ihn Taenzer[14], v. Szabó und Fuhrmann (l. c.) geliefert hatten; denn dieser Beweis krankt daran, dass Herabsetzung der Körpertemperatur zu den toxischen Wirkungen des Sublimats gehört, wie es die drei Berliner Fälle und sämmtliche Thierversuche bestätigten, auch nicht der Nachweis genügte, dass nach Sublimat weniger Wöchnerinnen gefiebert haben, welcher außer an dem obigen Fehler noch daran leidet, dass die untere Grenze, wo das Fieber beginnt, eine sehr willkürliche ist, sondern die Beobachtung, dass weniger Wöchnerinnen

[13] Die antiseptische Wundbehandlung mit Sublimat von Dr. M. Schede. 1885.

[14] Centralblatt 1884. No. 9 u. 31.

örtliche Krankheitsherde nach Sublimat zeigten und dass diese Herde, wenn einmal vorhanden, unter dem Einfluss von Sublimat rascher verschwanden. Wir gingen daher daran, Kautelen zu finden, durch welche die antiseptische Wirkung des mächtigen Heilmittels gewahrt, die gefährliche hingegen verhütet würde. Eine von Dr. Berg für den dilatirten, nicht puerperalen Uterus konstruirte Sperre wurde von Prof. Schultze brauchbarer gestaltet. Das Instrument wird in Rückenlage geschlossen in den Uterus eingeführt und dann gespreizt. Mittels zweier gefensterter Branchen und einer Crémaillère wird dann der Cervix während der Ausspülung weniger gedehnt, als hauptsächlich an der Kontraktion verhindert. Das Nebeneinanderliegen zweier Instrumente, der Sperre und des Katheters, sichert zugleich den Rückfluss auch aus der Vagina. Letztere wird mittels des Katheters nach Bozeman-Fritsch gar nicht, der Rückfluss aus dem Uterus nur dann gesichert, wenn die an der Biegung befindliche Öffnung nicht von dem sich kontrahirenden Cervix, bez. dem inneren Muttermund verschlossen wird.

Dafür, dass dies möglich ist, sprechen die beim Kaiserschnitt gewonnenen Erfahrungen. In drei Fällen, wo nach vollständiger Eröffnung operirt worden war, wird ausdrücklich angegeben, dass unmittelbar nach Entfernung der Nachgeburt der innere Muttermund den Finger fest umschlossen habe (Saenger, Obermann).

Ferner wurde bei der unmittelbar post partum regelmäßig vorgenommenen Vaginalirrigation von nun an mit reinem kalten Wasser nachgespült. Die prophylaktischen Irrigationen intra partum wurden um so lieber eingeschränkt, als sie für beide Theile lästig sind und außerdem wiederholt beobachtet worden war, dass schon nach der zweiten Spülung die Epidermis der Scheidenauskleidung sich in Fetzen abhob und das Stratum Malpighi bloßlag. Solche nässende Flächen, wo die Lymphgefäße, aber nicht die Blutgefäße geöffnet sind, geben für die Aufnahme von Krankheitserregern die günstigsten Bedingungen, müssen also vermieden werden.

Die Ausspülungen der Vagina werden auf eine einzige beschränkt, welche vor der ersten Untersuchung in oben angegebener Weise vorgenommen wird. Ganz davon abzugehen, wie es von vielen Seiten empfohlen wird und sich nur auf eine gründliche Reinigung und Desinfektion der äußeren Genitalien zu beschränken, hielten wir nicht für richtig. Die Genitalien einer Schwangeren sondern, namentlich in der letzten Zeit der Gravidität, sehr reichlich ab. Das Sekret benetzt meist fortwährend die äußeren Genitalien, dazu kommt, dass bei Wiederholtschwangeren ein geringer Prolaps der Vagina selten fehlt, so lange die Frau steht. Im Liegen geht der Prolaps von selbst zurück und nimmt das Sekret wieder mit nach innen, welches auf dem Prolaps sich angesammelt hatte und dem Einfluss der Atmosphäre ausgesetzt war. Hier ist der Einwanderung von Keimen aus der Luft die günstigste Gelegenheit geboten und Niemand hindert sie, sich zu vermehren und nach oben zu wandern. Diese etwa vorhandenen Kulturen müssen entfernt werden, wenn gleich diese Mikroorganismen meist harmloser Natur sind. Die Erfahrung wird bethätigen, dass das Verfahren vortheilhaft ist. Sicher sind unsere Resultate seitdem schon viel besser als früher, ja sie können mit den besten bisher erreichten in einen vortheilhaften Vergleich gezogen werden. Seit Jahr und Tag haben wir keinen Todesfall, ja nicht eine ernstliche puerperale Infektion bei immerhin 120 Geburten erlebt.

Bei Bauchfelloperationen werden die Schwämme in Karbolsäure desinficirt, alles Übrige mittels Sublimat. Die Instrumente werden in destillirtem Wasser gekocht (gewöhnliches Wasser giebt einen Kalkbeschlag); sobald das Bauchfell eröffnet ist, kommt nur noch reines destillirtes Wasser zur Verwendung.

Die geringe Übereinstimmung, welche ursprünglich herrschte und z. Th. noch herrscht, über die Wirksamkeit des Sublimats beruht theilweise darauf, dass die Kautelen, welche uns die hochgradige Zersetzbarkeit des Sublimats auferlegt, sehr wenig berücksichtigt worden sind. Mancher hat vielleicht mit viel schwächeren Lösungen manipulirt, als er selbst glaubte, einfach weil das Sublimat z. Th. ausgefällt war und sich dann gewundert über die hochgradig toxische Wirkung, wenn dies zufällig einmal nicht der Fall war und günstige Bedingungen für Intoxikation zusammentrafen.

Die im Jahrgang 1885 des Centralblattes mitgetheilten Vergiftungen bringen zu dem Gesagten nichts Neues.

Höchstens beweist der tödlich verlaufene von Keller (No. 32) berichtete Fall die Richtigkeit meiner Behauptung, indem bei einer Koncentration von 1 : 4000 (in meinem Falle 1 : 5000) schon heftige Vergiftungserscheinungen und Tod eintraten, allerdings nach direkter Bespülung des Peritoneum bei Gelegenheit einer vaginalen Totalexstirpation des Uterus.

Die Versuche von Mikulicz[15], nach welchen Sublimat in einer Koncentration von 1 : 400—500 zu defibrinirtem Ochsenblut zugesetzt, nur eben so viel leistete, wie ein Zusatz von $^1/_2$% Karbolsäure in Bezug auf die Fernhaltung von Fäulnis, sind durchaus nicht geeignet, das Sublimat zu diskreditiren. Es kommt wohl kaum je vor, dass große Mengen von stagnirendem Blute etc. desinficirt werden sollen. Bekannt ist ferner, dass das Sublimat vom Eiweiß gefällt wird, dass diese Fällung jedoch durch Zusatz von Kochsalz gehindert wird. Vielleicht hätte ein derartiger Zusatz das Sublimat als sehr stark desinficirend erscheinen lassen. Es handelt sich in der Geburtshilfe um Ausspülungen, nicht um Einspritzungen und eben desshalb verwendet man so große Mengen von 4 und 6 Liter, damit das schon zur Gerinnung gebrachte Eiweiß mechanisch entfernt wird und die nachfolgende Menge der Spülung die Keime direkt trifft.

Freilich dringt das Sublimat nicht so in die Gewebe ein, wie die Karbolsäure und andere einen Geruch verbreitende, d. h. auch in Gasform sich verbreitende Desinficientien, es lässt dafür aber auch die lebenden Zellen intakt, was starke Karbollösung nicht thut. Daher mag es auch kommen, dass es gegen den Gonococcus ziemlich machtlos ist, sobald dieser in den lebenden Zellen sich befindet. Daher auch die relative Unwirksamkeit des Medikaments bei ausgebildeter Conjunctivalgonorrhoe, während es prophylaktisch vollkommen wirksam ist (Stratz, Centralblatt 1885 No. 17).

Bevor ich die vorliegende Arbeit abschließe, sei es mir gestattet, noch einmal kurz auf die Kautelen einzugehen, welche nothwendig sind, um die Wirksamkeit des Sublimats zu erhalten.

Herr Hofapotheker Dr. Stütz hierselbst hatte festgestellt, dass der Gehalt des gewöhnlichen Wassers an Bicarbonaten der alkalischen Erden, vor Allem das Calciumbicarbonat es ist, welches die Lösungen des Sublimat nach einiger Zeit mehr oder weniger unwirksam machen. Solche vorräthige schwache Lösungen benutzten wir früher in einem großen 25 Liter fassenden Ballon an der Wand zur Irrigation und in einem großen, innen lackirten Blechkasten über der Wandvorrichtung zur Desinfektion der Hände. Dr. Stütz fand, dass die Bicarbonate der Erdalkalien sich genau so zu Lösungen von Quecksilberchlorid verhalten, wie sie Thümmel[16] u. A. für Lösungen der Alkalien, also des Natr. und Kal. bicarbonicum gefunden haben. Er konnte also für einen Theil seiner Versuche diese letzteren verwenden, da sie für das Experiment gewisse Vortheile gewähren und in anderen Wässern als das Jenenser auch wohl reichlicher enthalten sind.

Die gleich zu nennende Reaktion beansprucht z. B. bei Kalksalzen einen Zeitraum von 12 Stunden, bei Alkalien viel kürzere Zeit.

Die Bicarbonate nehmen nicht wie die Monocarbonate dem ganzen Quecksilberchlorid das Chlor weg und schlagen dasselbe unter Zersetzung von $H_2O$ als Oxyd nieder, sondern dies geschieht nur mit einem Theile des $HgCl_2$ und der Rest desselben verbindet sich mit dem ausgefällten Oxyd zu Oxychlorid, und zwar je nachdem unter gewissen Bedingungen viel oder wenig Oxyd ausgeschieden war, als Mono-, Di-, Tri- und Tetraoxychlorid, d. h. das restirende $HgCl^2$ verbindet sich mit 1, 2, 3 und 4 Molekülen von HgO.

Aus einer 1‰igen Sublimatlösung war bei einem Versuche des Dr. Stütz

---

[15] Centralblatt 1885. No. 12; Ref. aus v. Langenbeck's Archiv Bd. XXX, 3.

[16] K. Thümmel, Über Quecksilberoxdchloride und -oxybromide und ihre Beziehungen zur Biltz'schen Prüfungsmethode der Alkalibicarbonate. Arch. f. Pharm. XXIII, 23. p. 578.

innerhalb 12 Stunden fast sämmtliches Sublimat ausgefällt bei einem Calciumgehalt von ca. 0,18 im Liter. War das gewöhnliche Wasser 5 Minuten lang im Kochen erhalten worden, so fand sich noch die Hälfte des Sublimats vor; war es hingegen lange Zeit im Kochen erhalten, so blieb das Sublimat völlig intakt.

Dr. Stütz fand ferner, dass sich die Vermuthung von Prof. Fürbringer bestätigte, dass nämlich dieser Vorgang durch Zusatz einer beliebigen Säure verhindert wird. Er hat durch Rechnung gefunden, dass für einen Gehalt von 0,2 Calciumoxyd[17] im Liter demselben zugesetzt werden müssen.

| | | |
|---|---|---|
| 96% | Acid. sulf. pur. | 0,368 g |
| 92% | » » crud. | 0,380 g |
| 25% | Salzsäure | 1,420 g |
| | Acid. hydrochl. pur. | 1,045 g |
| 30% | Acid. nitr. pur. | 1,500 g |
| | Acid. salicylic. | 0,986 g |
| 96% | Acid. acetic. Ph. G. II. | 0,446 g |
| 6% | » » » » » | 7,145 g |
| | » citric. cryst. d. Hand. | 0,500 g |
| | » » wasserfrei | 0,457 g |

Ich habe nun flüssiges Hühnereiweiß, welches sich dem Eiweiß des Blutes fast gleich verhält, mit destillirtem Wasser gemischt und zunächst beobachtet, dass schon destillirtes Wasser mit demselben einen leichten Niederschlag giebt, der, wenn einmal abfiltrirt, auf weiteren Zusatz von Aq. dest. nicht wieder auftritt und durch Kochsalzzusatz vermieden werden kann. Wird nun eine derartige Eiweißlösung mit den genannten Säuren und mit Sublimat versetzt, so zeigt sich, dass sie sämmtlich für sich allein schon eine deutliche Trübung oder einen Niederschlag im Eiweiß hervorrufen, welcher durch Sublimatzusatz noch stärker wird, mit alleiniger Ausnahme der Essigsäure im Überschuss und vor Allem der Citronensäure, mit welcher die Lösung stets klar erhalten wurde. Auf meinen Wunsch berechnete mir daher Dr. Stütz nachträglich, wie viel von dieser Säure zugesetzt werden muss. Es folgt daraus, dass bei Zusatz aller übrigen Säuren das Sublimat wahrscheinlich dennoch vom coagulirenden Eiweiß mit niedergerissen, also unwirksam wird.

Man wird demnach am besten thun, keine mit gewöhnlichem Wasser bereitete Sublimatlösungen vorräthig zu halten; kann dies nicht umgangen werden, so empfiehlt sich ein Zusatz von Essigsäure 0,43 oder Citronensäure 0,5 pro Liter bei einem Bicarbonatgehalt von 0,2 ‰ resp. entsprechend weniger bei kalkärmerem Wasser.

Die Lösung wird immerhin noch lange nicht so theuer sein, als wenn sie mit destillirtem Wasser bereitet wurde.

Aber selbst, wenn das Wasser durch stundenlanges Kochen von allem Calciumbicarbonat befreit ist, ja selbst wenn man lauter destillirtes Wasser verwendet, wäre ein Zusatz von Kochsalz mindestens nothwendig, falls alles Sublimat zur Wirkung kommen soll.

Auch von Blut und anderen eiweißhaltigen Substanzen getrübte Lösungen sind mehr oder weniger unwirksam (Mikulicz, siehe auch die Versuche von Oppenheimer, Arch. f. Gynäkol. Bd. XXV, 1).

Bei Brunnenwässern, welche Alkalicarbonate enthalten, wie sie am Taunus und a. a. O. sich oft finden werden, nützt selbstverständlich das Kochen nichts, sondern nur ein Säurezusatz.

Zur Desinfektion von Wäsche eignet sich am besten ein Zusatz von 0,5 g Citronensäure pro Liter, weil diese die Stoffe am wenigsten angreift und zur Entfernung von Rostflecken etc. schon an sich angewendet wird. Zur Desinfektion von Dielen eignet sich Schwefelsäurezusatz, weil hier kein störendes Eiweiß vor-

---

[17] Durch hygienische Untersuchungen ist der Calciumoxydgehalt für die meisten Wasser bestimmt und bis zu 0,2 als Maximum im Allgemeinen für Trinkwasser für polizeilich zulässig erachtet.

handen ist und außerdem die Dielen mittels dieser Säure weiß gescheuert zu werden pflegen.

Zum Schluss fasse ich jene Kautelen zur Verhütung von Sublimatvergiftung noch einmal zusammen:

1) Genügende Verdünnung der Lösung. Es ist 1 : 5000 schon genügend bei Beobachtung obiger Vorsichtsmaßregeln.

2) Darmschleimhaut oder Peritoneum darf nicht berieselt werden, daher auch

3) Sicherung des Rückflusses während der Ausspülung entweder mittels einer Sperre oder mittels Rückflusskatheters unter der Bedingung, dass auch die Wegsamkeit der Rückflussöffnungen während der Spülung mit dem Finger kontrollirt wird.

4) Vorsicht bei hochgradiger Anämie, resp. Kachexie, Nephritis und Affektionen des Verdauungstractus. Bei geringen Graden der Affektionen und der nöthigen Beachtung der mitgetheilten Regeln habe ich jedoch Sublimat ohne Nachtheil verwendet.

5) Nachspülungen mit einem schwächeren Antisepticum oder mit reinem möglichst kalten Wasser; da die Kälte die vitale Energie eines jeden Mikroorganismus herabsetzt, ist diese so gut wie ein schwaches Antisepticum.

6) Vermeidung eines längeren Kontaktes von Lösungen mit großen Hautbezirken und vor Allem mit Wundflächen, wie bei Umschlägen, feuchten Verbänden, bei Tamponade mit feuchten Tampons etc.

Zu warnen ist jedoch vor einer Kompression des Uterus während oder nach einer Irrigation, weil man dadurch die Lösung sowohl durch die Tuben als in das Gewebe des Uterus hineindrängen kann, wenn zufällig der Abfluss durch den Muttermund erschwert oder der Uterus atonisch ist.

Diese Vorsichtsmaßregeln haben uns bisher genügt, um auch die Zeichen leichterer Intoxikationen verschwinden zu lassen, ob sie vollkommen und für immer genügen werden? Tausende von glücklich verlaufenen Fällen genügen nicht, es zu bejahen, ein einziger unglücklicher Fall genügt, es entschieden zu verneinen.

Hoffentlich gelingt es bald, ein Antisepticum zu finden, welches die Vortheile des Sublimats besitzt, nicht aber die Nachtheile, welche dem Sublimat und noch mehr der Karbolsäure zu eigen sind.

---

## 1) **T. Gallard** (Paris). Klinische Vorlesungen über die Menstruation und ihre Störungen.

Paris, **J. B. Baillière et fils**, 1885.

Die von G. über das vorstehende Thema gehaltenen Vorlesungen sind von seinem Assistenten André Petit zusammengestellt und nach wiederholter Durchsicht und Ergänzung seitens des Ersteren herausgegeben. Das kleine Werk besitzt die Vorzüge, welche frei gehaltenen und mit Vorstellung von Kranken verbundenen Vorträgen eigen sind; seine Lektüre fesselt den Leser, es behandelt den Stoff in übersichtlicher Weise, vermeidet unnöthige Ausführlichkeit und gewinnt durch die eingefügten Krankengeschichten an Interesse.

Verf. hat es für nöthig gehalten, der Besprechung der menstruellen Vorgänge eine makro- und mikroskopische Beschreibung der Ovarien und des Uterus vorauszuschicken, des letzteren kurz vor und bei Eintritt der Menses. Der Anatomie des Ovarium schließt sich eine Physiologie desselben an. Schon in diesem Abschnitt findet man, eben so wie in den folgenden eine anerkennenswerthe Berücksichtigung der wichtigsten die gleichen Fragen behandelnden Arbeiten nicht nur französischer, sondern auch ausländischer, nicht zum min-

desten deutscher Autoren. Einer solchen begegnet man auch in den Vorträgen, welche dem Menstruationsprocess gewidmet sind. G. fasst sein Glaubensbekenntnis über denselben in den Worten zusammen: »Ohne Ovarium giebt es keine Menstruation«. In eingehender, vor Allem aber unparteiischer Weise erörtert er das Für und Wider dieses Satzes.

Manches Erwähnenswerthe bieten die von den Menstruationsstörungen handelnden Kapitel. Sie alle, sowohl die Amenorrhoe wie die Metrorrhagien und die Dysmenorrhoe sieht Verf. nicht als selbständige Erkrankungen, sondern nur als Symptome von Erkrankungen entweder der Sexual- oder anderer Organe an. Über die Fälle von angeblich während der Gravidität aufgetretener Menstruation äußert er sich sehr misstrauisch. Dass es sich wirklich um eine solche gehandelt habe, glaubt er nicht. Die Laktationsamenorrhoe wird auf den Verbrauch eines Theiles des mütterlichen Blutes zur Milchbereitung zurückgeführt. Dieser soll eine »relative Anämie« zur Folge haben, welche, wenn auch nicht immer, das Zustandekommen der Ovulation und Menstruation, in vielen Fällen nur das der letzteren verhindert. Durch den Wiedereintritt der Menses (meist 4 Monate post partum) bei Stillenden hält G. es nicht für geboten, die Mutter das Kind absetzen zu lassen. Im Gegentheil. Nach seiner Ansicht sind solche Ammen, bei denen dies der Fall, sehr empfehlenswerth, da das Wiedererscheinen der Menstruation während des Säugens für ihn ein Zeichen einer sehr guten und kräftigen Konstitution ist.

Auch die durch chronische Krankheiten, speciell Tuberkulose hervorgerufene Amenorrhoe soll nicht stets Folge aussetzender Ovulation sein, sondern bei Fortbestehen der letzteren durch ein Ausbleiben der Hyperämie der Uterusschleimhaut verursacht werden. Wo eine solche zwar eintritt, aber nicht hochgradig wird, kann nach den Beobachtungen des Verf.s an die Stelle der Blutungen ein sich in regelmäßigen Zwischenräumen wiederholender Schleimabgang »règles blanches« treten. In Betreff der Behandlung der Amenorrhoe spricht er sich sehr energisch gegen den Gebrauch irgend welcher Emmenagoga aus. Wo keine Beschwerden vorhanden, bedarf der Zustand überhaupt keiner Behandlung.

Im Anschluss an die Amenorrhoe findet sich die Leukorrhoe und die sog. vikariirende Menstruation besprochen. Bei der letzteren handelt es sich, wie G. annimmt, meist um Frauen, bei welchen schon zuvor irgend ein Organ erkrankt war. Unter dem Einfluss der sich während der Ovulation im gesammten Gefäßsystem geltend machenden Spannung geben dann die Gefäße jenes Organes, des locus minoris resistentiae nach. Übrigens dürfen nicht alle sich an irgend einer Körperstelle wiederholende Blutungen selbst bei bestehender Amenorrhoe als vikariirende Menstruation angesehen werden. Nur dann liegt hierzu eine Berechtigung vor, wenn sie in regelmäßigen Intervallen und unter menstruellen Beschwerden auf-

treten. Die Therapie hat sich im Wesentlichen auf Blutentziehungen am Uterus selbst oder in seiner Umgebung zu beschränken.

Eine Trennung der uterinen Blutungen in Meno- und Metrorrhagien verwirft G., da er sie für nicht durchführbar hält. Nur den letzteren Ausdruck will er beibehalten. Als wichtiges Merkmal, wenn eine Metrorrhagie als pathologisch anzusehen sei, giebt er merkwürdigerweise das Abgehen von Blutcoagulis an. Die bei noch nicht allzu lange ihres Berufes waltenden Prostituirten oft auftretenden stärkeren Blutungen hält er für die Folge von Aborten im 1. Monat. Bei Besprechung der Therapie wird ein besonderer Nachdruck auf allgemeine diätetische Vorschriften gelegt, wie anhaltende Rückenlage mit erhöhtem Becken, in kühler Luft etc. Der lokalen Anwendung der Hitze in Gestalt von vaginalen Einspritzungen zieht G. die der Kälte vor, da er von der ersteren nie positive Erfolge, oft sogar Verschlimmerungen gesehen haben will. Er steht hiermit mit vielen anderen Autoren in Widerspruch. Für einen ausgiebigen Ergotingebrauch, abgesehen von Blutungen im Puerperium und in Folge von Fibromen, ist er nicht eingenommen. Seine innerliche Anwendung (zusammen mit Chinin und Digitalis) zieht er der subkutanen vor. Die Tamponade der Vagina räth er, wenn möglich, im Speculum und sehr ausgiebig vorzunehmen.

In den beiden letzten Abschnitten wird die Dysmenorrhoe besprochen. Verf. unterscheidet nur 2 Arten, eine mechanische und eine kongestive oder entzündliche. Letztere trennt er in eine solche ovariellen und eine uterinen Ursprungs, fügt aber hinzu, dass beiden fast dieselben Symptome gemeinsam. Tage zuvor befällt die Pat. ein allgemeines Unwohlsein, Beängstigung, Unruhe, Schmerz in der Tiefe des Abdomen, in Schenkel und Lenden ausstrahlend. Dann erst treten heftige, wehenartige Schmerzen, oft Erbrechen ein. Mit dem Beginn der Metrorrhagie lassen alle Erscheinungen nach und verschwinden meist, wenn letztere stärker geworden, kehren aber manchmal wieder.

Die Ursachen der mechanischen und der entzündlichen Dysmenorrhoe werden einzeln aufgeführt. Da dieselben bekannt, brauchen sie hier nicht erwähnt zu werden. Mit Recht macht G. darauf aufmerksam, dass sehr oft die Dysmenorrhoe nicht allein auf mechanischen Ursachen beruht, sondern gleichzeitig entzündliche Processe mit diesen Hand in Hand gehen. Die Aufstellung einer besonderen Dysmenorrhoea membranacea verwirft er. In sehr vielen Fällen, in welchen ein Ausguss der Uterushöhle nicht abgegangen, soll ein solcher doch vorhanden gewesen sein, aber nicht in toto, sondern in einzelnen Fetzen ausgestoßen sein. Dieser oder diese Fremdkörper wären also die Ursache der dysmenorrhoischen Beschwerden, der Uteruskontraktionen. Es ist G. wiederholt gelungen, solche Deciduafetzen aufzufinden und sie als solche durch mikroskopische Untersuchung festzustellen. In manchen Fällen handelt es sich um die

Hüllen eines Abortiveies, jedoch ist dies sehr selten, während das erstere sehr häufig sein soll.

Gegen die dysmenorrhoischen Schmerzen wendet G. außer Morphium auch subkutane Einspritzungen von Atropin (Atrop. sulf. 0,3, Aq. lauroceras 30,0, täglich 1—2mal 4—5 Tropfen) an, ferner Suppositorien von Extr. Bellad. (0,03) jeden Abend 3—4 Tage lang, schließlich 2—3 g Bromsalze pro die per os. Er unterstützt die Wirkung durch heiße Umschläge auf das Abdomen. Die von anderer Seite warm empfohlene Elektricität hat ihm keine befriedigenden Resultate ergeben, dagegen lokale Blutentziehungen während der Tage vor Eintritt der Menses. Zum Schluss bespricht G. die Behandlung der mechanischen Dysmenorrhoe, die »Katheterisation« des Uterus, die Discission des Muttermundes etc., als Ultimum refugium die Battey-sche Operation.

**Graefe** (Halle a/S.).

---

## Kasuistik.

2) Medicinische Gesellschaft in Basel.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1886. No. 9.)

Sitzung vom 4. Februar 1886.

Dr. Gönner berichtet über einen Fall von Ergotinvergiftung bei einer 18jährigen Pat.; dieselbe litt an Lähmung der Flexoren des linken Armes, machte dann einen Gelenkrheumatismus mit nachfolgender Albuminurie durch, welche später die Ursache urämischer Anfälle wurde. Gegen die letzteren wurde mit gutem Erfolge Ergotin subkutan angewendet. Es stellte sich nach $^1/_2$ Jahre Eingeschlafensein und vesikulöser Ausschlag des kleinen Fingers rechts ein; allmählich zeigte sich das Bild einer Verbrennung, trotzdem das Ergotin $1^1/_2$ Monate lang ausgesetzt worden. Die Fingernägel blieben intakt. Der Zustand heilte allmählich; Pat. hatte 80—100 Ergotininjektionen erhalten.

Prof. Wille denkt im vorliegenden Fall an die Entstehung des Ausschlags durch Kunst, weil Pat. hysterisch war; auch die Symptome der Anurie und Eklampsie ließen sich auf eine Wanderniere zurückführen.

Dr. Burckhardt beobachtete multiple Abscessbildung an Fingern und Zehen bei einer 39jährigen Dame nach Ergotininjektionen, wobei 2 Nägel sich abstießen und die Heilung $^3/_4$ Jahr anstand.

Sitzung vom 18. Februar 1886.

Dr. Burckhardt spricht über Secale cornutum und referirt über die von Kobert gemachten Untersuchungen, auf Grund deren die Entstehungsweise der beiden Formen der chronischen Mutterkornvergiftung zwanglos erklärt werden kann. Die meisten jetzt gebräuchlichen Secalepräparate haben den Nachtheil, dass sie inkonstant in ihrer Zusammensetzung sind, oder hauptsächlich die weniger wirksame Ergotinsäure erhalten. Am zweckmäßigsten verwendet man Mutterkorn in Substanz, obwohl auch hier eine Abnahme der Wirksamkeit mit dem Alter stattfindet. Die verschiedenen, sich widersprechenden Berichte über die klinische Verwendung des Secale beruhen nur theilweise auf der Fehlerhaftigkeit der Präparate, anderntheils sind sie in einer falschen Indikationsstellung begründet. Sicherer Erfolg sei nur am Kreißbett und bei ganz bestimmten pathologischen Zuständen des Uterus zu hoffen. Dagegen sei das Mutterkorn als allgemeines Hämostaticum als Ersatz der Digitalis, bei Paralysen, Psychosen, Kohlenoxydvergiftung etc. gar nicht oder nur bedingt (z. B. Diabetes) zu empfehlen.

Prof. Marsini erklärt das Stillstehen einer Lungenblutung nach Ergotinanwendung hauptsächlich durch das Sinken des Blutdrucks, hält aber an dem Erfolg des Secale bei Psychosen auf Grund einer eigenen Beobachtung fest.

Dr. Gönner, der experimentell Wasser- und Ergotininjektionen gemacht hat, hält beide für vollkommen ungleichwerthig und glaubt nur an eine minimale Resorption des Ergotin vom Unterhautzellgewebe aus.

Dr. Baader macht darauf aufmerksam, wie oft ohne ärztliche Verordnung ganz enorme Quantitäten Secale cornutum ohne jeden Erfolg genommen werden und erklärt dies mit Kobert dadurch, dass alle Handelspräparate von Mutterkorn nach neunmonatlicher Aufbewahrung medicinisch ganz werthlos sind; er verhält sich im Ganzen ziemlich skeptisch gegen die Erfolge mit Ergotinkuren.

Dr. Oeri sah bei vielen Myomkuren nur 2mal Erfolge; vom dialysirten Ergotin bei Geburten dagegen gar keine.

Prof. Socin lobt den Secalegebrauch bei einzelnen Blasenleiden, z. B. bei Atonie alter Männer. **Menzel** (Görlitz).

### 3) Gesellschaft der Ärzte des Kantons Zürich.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1886. No. 9.)

Sitzung vom 19. Mai 1885.

Dr. Meyer: Zur Hebammenfrage. Der unbefriedigende Zustand des Hebammenwesens beruhe nicht in einzelnen Verstößen im eigentlichen Geburtshelfergeschäft, sondern in der ungenügend verstandenen und desshalb auch wenig gewürdigten und ausgeführten Antiseptik, wofür die immer noch schlechten Resultate in der Privatpraxis gegenüber den Erfolgen der Anstalten sprechen. In erster Linie stehe daher eine noch weit eingehendere und allseitigere Belehrung der Hebammen über den Werth der Antiseptik. Den gänzlichen Ersatz der Hebammen durch aus höheren Bildungssphären stammende Geburtshelferinnen oder durch gewöhnliche extra instruirte Krankenwärterinnen müsse er als entschieden verfehlt bezeichnen; nicht eine Beseitigung, sondern eine Verbesserung des Hebammenstandes müsse angestrebt werden. In letzterer Hinsicht wäre Bedacht zu nehmen auf eine sorgfältigere Auswahl der Hebammenschülerinnen, auf eine bessere fortwährende Kontrollirung ihrer Thätigkeit durch die amtlichen und Privatärzte, auf Vereinfachung und Abkürzung des rein theoretischen, dagegen auf Vermehrung des Anschauungsunterrichts und auf Verlängerung der Lehrzeit. Besondere Aufmerksamkeit verdienten aber die Nachkurse, wobei denn für die Einberufenen die jeweilig frisch ausgebildeten Schülerinnen zur Vertretung eingestellt werden könnten.

**Menzel** (Görlitz).

### 4) Vöhtz (Aarhus). Beiträge zu der operativen Behandlung des »Uterinfibroms«.

(Howitz: Gynäk. og obstetr. Meddel. Bd. VI. Hft. 1—2. p. 58—84.)

Aus diesen, hauptsächlich kasuistischen Beiträgen wird hier das Wichtigste kurz wiedergegeben.

1. Fall: 42jährige Frau. Blutungen und nervöse Symptome. Medikamentelle Behandlung erfolglos. Am 24. August 1881 supravaginale Amputation. Nach doppelseitiger Unterbindung, Vernähung des Stielstumpfes. Intraperitoneale Stielbehandlung. Ohne vorausgehendes Fieber trat am 4. Tage post operationem eine doppelseitige, suppurirende Parotitis auf. Am 8. Tage post operat. Incision in Narkose und außerdem Entfernung der Bauchnähte; Heilung per primam. Nach der Narkose heftiges Erbrechen. Nachdem Pat. mehrere Stunden über Leibschmerzen geklagt hatte, wurde der Verband gewechselt, und man fand dann die Bauchwunde in ihrer ganzen Länge geborsten und mehrere Darmschlingen waren vorgefallen. Dieselben waren injicirt und mit einander, wie besonders auch mit der Karbolgaze agglutinirt. Nach Reposition derselben und Wundmachen der Wundränder mittels Schere abermalige Vernähung. Heilung. Auch die nervösen Symptome verloren sich allmählich; nach und nach entwickelte sich aber eine große Ventralhernie, und die Klagen über Schmerzen in den Lenden, in den unteren Extremitäten, im Leibe kehrten zurück. Desshalb $3^1/_2$ Jahre nach der Laparotomie Operation des Bruches (Excision und Vernähung) mit gutem Erfolg; die nervösen Symptome aber unverändert. Es verdient doch erwähnt zu werden, dass das linke Ovarium bei der Operation zurückgelassen wurde.

2. Fall: 43jährige unverheirathete Person. Die über der Vorderfläche der sehr großen Geschwulst ausgebreitete und adhärente Urinblase musste mit dem Messer losgeschält werden, wodurch die hintere Wand lädirt, aber wieder vernäht wurde. Amputatio supravaginal. uteri. Stielversenkung. Tod an Collaps 3—4 Stunden post operationem.

3. Fall: 45jährige Frau. Eine enorme Geschwulst, die ganze Bauchhöhle ausfüllend, war subserös entwickelt und in das Mesocolon asc. hineingewachsen, das Coecum nach oben bis dicht an der Curvatur vordrängend. Nach Spaltung des Bauchfelles und Ausschälung supravaginale Amputation. Elastische Ligatur des Cervix. Stielversenkung. Theilweise Deckung der Wundfläche mit Peritoneallappen. Oberes Ende des durchschnittenen rechten Ureters in die Bauchwunde fixirt. Tod am 2. Tage post operat. unter Koma und geringer Temperaturerhöhung. Die rechte Niere hatte die ganze Zeit gut fungirt. Die Sektion wies keine Zeichen von Peritonitis nach. Die Beckenhöhle war aber mit Blutcoagulis gefüllt und die ausgebreitete, verwundete Bindegewebsfläche blutig infundirt.

4. Fall: 35jährige Frau. Fibrocystische, gestielte Geschwulst. Der kurze, dicke Stiel mit einer elastischen Ligatur unterbunden und versenkt. Auch elastische Ligatur einer Omentaladhärenz. Außerdem fanden sich mehrere Bauchwand- und Darmadhäsionen. Verlauf Anfangs afebril, vom 10. Tage an Fieber, und ein Abscess öffnete sich zwischen Nabel und Symphyse, blieb fistulös. Die elastische Ligatur konnte palpirt, aber nicht entfernt werden. Dies geschah erst 4 Monate nach der Operation, nachdem die andere elastische Ligatur eine Woche früher entfernt worden war. Danach Wohlbefinden, dann nach einem Monat wieder Fieber und dann wieder Wohlbefinden.

5. Fall: 51jährige Frau. Sehr große, theilweise subserös entwickelte Geschwulst. Amputatio uteri supravaginal. Elastische Ligatur des Stieles. Die Uterinhöhle nach Excision der Schleimhaut durch 3 Katgutnähte vernäht, sonst scheint der Stiel nicht genäht worden zu sein. Verlauf ohne Temperaturerhöhung, Puls 120 bis 128. Am 4. Tag wegen sehr starkem Meteorismus Punktur mittels einer Pravaz'schen Spritze in die Cardia. Tod am selben Abend. Bei der Sektion zeigten sich die Folgen der Punktur: Auf der vorderen Wand des Magens eine kleine Öffnung von 2 mm Durchmesser und in der Bauchhöhle reichlichen Darminhalt.

6. Fall: 37jährige Frau. Amputatio supravaginal. uteri nach Schröder. Nach spontaner Eröffnung eines parametritischen Abscesses per vaginam Heilung.

7. Fall: 58jährige Frau. Amputatio uteri supravaginal. nach Schröder. Erbrechen durch kleine Dosen Cocain gestillt. Heilung.

8. Fall: Im Herbste 1880 sollen ein paar Polypen per vaginam entfernt worden sein, im Frühjahr 1881 Enukleation per vaginam einer z. Th. gangränösen, intra-uterinen Geschwulst. Dann stellten sich nach mehr wie 3 Jahren Wohlbefinden wieder Blutungen ein, und im Bauche ließ sich eine Geschwulst nachweisen, die fortwährend an Größe zunahm. Am 23. September 1885 Amputatio uteri supravaginal. nach Schröder. Glatte Heilung.

9. Fall: 35jährige Frau. Enukleation per vaginam eines sehr großen vom Fundus ausgehenden, die Scheide ganz ausfüllenden, theilweis gangränösen Myoms. Dauer der Operation 22 Stunden. 15 Tage post operat. entwickelte sich bei der sehr heruntergekommenen Pat. eine hypostatische Pneumonie, welcher dieselbe am 5. Tage erlag.

10. Fall: 40jährige Frau. Partielle Enukleation per vaginam eines sehr großen Myoms der hinteren Muttermundslippe. Nach zweimaliger Ausstoßung faustgroßer, gangränescirender Massen Wohlbefinden. Die Geschwulst fing aber wieder an zu wachsen.

11. Fall: 48jährige Frau. Enukleation per vaginam eines 1300 g schweren Myoms der hinteren Cervikalwand. Spaltung der Kapsel. Leichte Ausschälung. Ausstopfung der Höhle mit Jodoformgaze. Heilung.

12. Fall: 42jährige Frau mit einem impotenten Manne verheirathet. Vaginismus. Metro- und Menorrhagien. Uterus vergrößert (wie in graviditat. mens. III). Nach Dilatatio uteri fanden sich zwei interstitielle Fibromyome der hinteren Ute-

rinwand. Am 13. April 1883 Kastration; die Eierstöcke nicht vergrößert. Am Tage nach der Operation begann eine 3 Tage dauernde Genitalblutung. Am Ende November wieder eine Genitalblutung, in der Zwischenzeit nur Molimina. Im December sparsamer Blutabgang, später nicht. Ein Jahr nach der Operation hatte die Gebärmutter normale Größe erreicht. Die Nervosität der Pat. steigerte sich indessen zu wahrer Geisteskrankheit (hereditäre Belastung), die nach kurzer Behandlung in einer Anstalt völlig geheilt wurde, und Pat. ist seitdem gesund.

Aus den epikritischen Bemerkungen des Verf.s soll nur hervorgehoben werden, dass derselbe, wie man sieht, Anhänger der intraperitonealen Stielbehandlung ist; dass er für die Narkose jetzt Äther gebraucht; er will danach selten Erbrechen sehen; dass er endlich in der Nachbehandlung großen Nutzen von Antipyrin in clysma à 3 g gesehen haben will. Nicht nur bewirkt das Antipyrin einen prompten Abfall der Temperatur; Verf. lobt besonders die beruhigende Wirkung desselben peritonealen Schmerzen gegenüber, eine Wirkung, die Verf. nicht nur nach Laparotomien, sondern auch bei exsudativen Processen öfters beobachtet hat. **Leopold Meyer** (Kopenhagen).

## 5) J. Voss (Christiania). Lithopädion. Laparotomie. Genesung.

(Tidskrift for praktisk Medicin 1885. No. 23.)

20jährige Pat., seit 2 Jahren verheirathet ohne Partus. 4 Wochen nach der Ehe eine Kontusion des Unterleibes, später nicht frisch, fortwährend Schmerzen in der rechten Regio iliaca. Jetzt 3monatliche Menopause, vor dieser Zeit angeblich regelmäßige Menstruation. In der Fossa Dougl. wurde ein Tumor konstatirt, welcher als Ovariengeschwulst diagnosticirt wurde. Die Sonde ließ sich 8 cm in den Uterus einführen. Bei der Laparotomie überraschte der Befund eines im 6.—7. Monat entwickelten Lithopädion ohne Eihäute, Nabelschnur oder Placenta, durch zahlreiche Stränge aber an das Omentum und die Gedärme gelöthet. Der in dem Douglas gefühlte Tumor zeigte sich jetzt als der retroflektirte gravide Uterus (die uterinen Adnexa wurden bei der Operation nicht untersucht). Der Verlauf war günstig. Bei der Entlassung war der Uterus kennbar vergrößert, normal gelagert. Eine spätere Untersuchung ergab, dass sie, als die obengenannte Kontusion stattfand, sich im 7. Monate schwanger glaubte, so lange waren die Menses ausgeblieben. Die Sondirung hatte glücklicherweise nicht zur Unterbrechung der Schwangerschaft geführt. **Ingerslev** (Kopenhagen).

## 6) Sinclair. Eine Modifikation des Zwank'schen Pessars für Prolapsus uteri.

(Boston med. and surg. journ. 1885. December 31. p. 648.)

S. empfiehlt eine Modifikation des Zwanck'schen Pessars zur Erleichterung der Beschwerden bei Prolapsus uteri. Das Pessar besteht aus einem mit Gummi überzogenen Kupferring, an welchem ein Stift angebracht ist. Der Ring wird dann in Form einer 8 gebogen. Er soll sich sehr gut adaptiren und festsitzen, seine Einführung leicht von den Pat. erlernt werden. **Lühe** (Demmin).

## 7) Weist. Kaiserschnitt wegen Fibroid des Cervix uteri.

(Med. record 1886. März 13. p. 301.)

Fibroid am Cervix uteri wächst während eingetretener Schwangerschaft sehr rasch und füllt den ganzen Beckenraum. Am 30. Tage nach begonnenem Abfluss des Fruchtwassers, am 9. Tage nach Beginn der Wehenthätigkeit entschloss man sich zum Kaiserschnitt nach Sänger, welcher ein lebendes Kind zu Tage förderte, die Frau starb nach 24 Stunden. **Lühe** (Demmin).

## 8) Ill. Eine glücklich verlaufene vaginale Totalexstirpation des Uterus.

(New York med. journ. 1886. Februar 13. p. 183.)

Carcinom der hinteren Lippe des Cervix uteri bei einer 42 Jahre alten Frau. Totalexstirpation nach Fritsch, Heilung in 21 Tagen bis auf das Zurückbleiben

einiger Ligaturen. Zur Zeit der Berichterstattung, einige Monate nach der Operation, kein Recidiv. Verf. stellt 137 vaginale Uterusexstirpationen mit nur 37 Misserfolgen zusammen. **Lühe** (Demmin).

9) **Valentine.** Tubo-uterine Schwangerschaft.

(New York med. journ. 1886. Januar 23. p. 109.)

In der Brooklyn pathological society wird ein Präparat vorgezeigt, herrührend von einer plötzlich verstorbenen Frau. Große Mengen von Blutklumpen, welche einen ca. 2—3 Monate alten Fötus einhüllten, waren frei in abdomine gefunden worden; die Placenta saß im Fundus, am rechten Uterushorn, der dem Anfang der Tube angehörige Sack, in welchen sich die muskulösen Uteruswände fortsetzten, zeigte einen 3 cm langen Riss, die zerrissenen Eihäute waren eingestülpt, und am Rissrand mit dem Sack verwachsen, es war eine Masse von Chorionzotten vorhanden. Nach Ansicht des Vortr. waren die Eihäute erst nach der Ruptur mit dem Rande des Risses verwachsen, da die zwischen Beginn der Erscheinungen und Tod liegenden 24 Stunden hinlänglich Zeit zur Bildung der Adhäsionen gewährt hatten.

**Lühe** (Demmin).

10) **Grandin.** Extra-uterin-Schwangerschaft und ihre Behandlung, nebst Diskussion in der geburtshilflichen Sektion der New York Academy of medicine am 23. December 1885.

(Med. record 1886. Januar 23. p. 106.)

G. betont die Wichtigkeit der rhythmischen Uteruskontraktionen als diagnostisches Zeichen bei Extra-uterin-Schwangerschaft. Er plaidirt für rechtzeitige Laparotomie, mittels deren man das Leben des Kindes und der Mutter retten könne; ist aber der Fötus abgestorben, so kann man hierdurch am besten der septischen Eiterung und ihren Gefahren vorbeugen. Jedenfalls gäbe sie bessere Resultate als die Incision des Eisackes von der Vagina aus. Scharlau hat sich in einem diagnosticirten Fall wegen der extremen Erschöpfung der Pat. auf Entleerung des Eiters per vaginam beschränken zu müssen geglaubt, was auch Mundé für richtig hält, obgleich auch er im Allgemeinen die Laparotomie für indicirt hält. Wenn er im Douglas'schen Raum eine fluktuirende Masse, enthaltend Fötusknochen, fühlen könne, würde er darauf einschneiden. Allein meist seien die Fötustheile höher gelegen und dann sei die Laparotomie am Platz. Lusk sah nach 2maliger Punktion zur Sicherung der Diagnose Vereiterung eintreten; er indicirte per vaginam und entfernte den Fötus, die sehr erschöpfte Frau genas.

**Lühe** (Demmin).

11) **W. J. Jones** (Baltimore). Fall von Tuberculosis des Uterus mit eigenthümlicher Betheiligung des Beckenbauchfells.

(Amer. journ. of obstetr. 1886. März. p. 265.)

Das Interesse dieses Falles liegt in dem Verhalten des Bauchfelles. Eine 21jährige Schwarze, Prostituirte, hochgradig schwindsüchtig, geht unter Erscheinungen von allgemeiner Tuberkulose zu Grunde. Die Autopsie zeigte unter Anderen das Beckenbauchfell sehr verdickt mit zahlreichen Knötchen besetzt. Der Überzug der Blase war mit dem des Mastdarmes verklebt, so dass sich ein Verschluss des Douglas'schen Raumes gebildet hatte, in welchem etwa 12 Unzen eitriger Flüssigkeit angesammelt waren. Die Höhle des Uterus war mit käsiger Masse erfüllt, die Schleimhaut in ihrer ganzen Ausdehnung exulcerirt, dazwischen lagen zahlreiche Knötchen. Tuben und Eierstöcke normal. In Scheide und Mastdarm diphtheritische Geschwüre. In denselben, so wie in den käsigen Massen des Uterus, fanden sich zahlreiche Tuberkelbacillen. J. nimmt an, dass die Infektion von der Scheide aus erfolgt sei. **Engelmann** (Kreuznach).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 35.** Sonnabend, den 28. August. **1886.**



(Aus der gynäkologischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses in Odessa.)

## I. Zur Kasuistik der Dermoidgeschwülste des Eierstockes. Dermoidcarcinoma ovarii dextri et Dermoid ovarii sinistri.

Von

**Dr. G. Himmelfarb.**

Marie K., Griechin, 55 Jahre alt, Bäuerin aus dem Dorfe Boujalik des Chersoner Gouvernement, wurde in die gynäkologische Klinik am 28. April 1886 aufgenommen. Die Kranke hat 9mal geboren; menstruirte immer regelmäßig; seit 10 Jahren Menopause. Vor einem Jahre bemerkte sie im Unterleibe eine Geschwulst, die in den letzten 4 Monaten rasch zu wachsen begann und heftige Schmerzen bereitete. In der letzten Zeit bemerkte die Kranke auch Schwinden ihrer Kräfte, wobei hochgradige Abmagerung eintrat.

Die Kranke, eine kleine, sehr anämische, stark heruntergekommene Frau, kann nur mit Mühe gehen, stöhnt fortwährend. Der Leib ist stark ausgedehnt, gewölbt; die größte Wölbung entspricht der Nabelgegend. Die obere Hälfte des Unterleibes ist elastisch gespannt, glatt, zeigt sehr schwache Fluktuation; in der unteren schon bei schwacher Berührung sehr empfindlichen Hälfte fühlt man einige sehr schmerzhafte harte Knoten von unregelmäßiger Gestalt. Der Perkussionsschall ist im Bereiche des ganzen Leibes, außer den Lumbargegenden, leer. In der Linea mamar. dextr. konfluirt der leere Perkussionsschall mit dem leeren Schall der Leber; in der Linea mediana beginnt er am Proc. ensiformis, in der Linea mamar. sinistra vom linken Hypochondrium; nach unten reicht er bis

zu den Inguinalgegenden und der Schoßfuge. In den Lumbargegenden ist der Schall tympanitisch, links etwas gedämpft. Beim Wechsel der Lage der Kranken sind keine Veränderungen des Perkussionsschalls zu bemerken. Deutliche Grenzen einer Geschwulst sind bei der Palpation nicht zu fühlen. Die Brustorgane bieten nichts Abnormes dar. Der Puls ist beschleunigt und schwach; der Appetit mangelhaft, der Stuhl retardirt. Die Harnentleerung ist häufig, etwas schmerzhaft. Der mit dem Katheter entleerte Harn ist hell chokoladefarbig, dickflüssig und enthält zahlreiche gelbliche Körnchen und Klumpen, die eine der Vernix-caseosa ähnliche Masse bilden. Nach Aussage der Pat. trat solch ein Harn in den letzten 4 Wochen auf. Auffallend war Folgendes: Wurde der Katheter einige Minuten nach vollständiger Entleerung der Blase wieder eingeführt, so entleerte sich von Neuem eine geringe Quantität oben erwähnten Harnes. Nachdem ich mich dann durch abermalige Entleerung und Ausspülung der Blase überzeugt hatte, dass letztere leer sei, ließ ich den Katheter ruhig in der Blase liegen und komprimirte leicht den unteren Geschwulstabschnitt, worauf sich sogleich durch den Katheter gelbliche Klümpchen, wie die oben erwähnten, entleerten. Die mikroskopische Untersuchung des Harns ergab eine kleine Zahl rother Blutkörperchen und eine homogene körnige Masse. Die gelblichen Klümpchen, die mikroskopisch aus körniger Substanz bestanden, lösten sich völlig in Äther und Chloroform. Cholestearinkrystalle waren nicht zu finden, auch nicht nach der Verdunstung des Äthers.

Die innere gynäkologische Untersuchung konnte wegen hochgradiger Schmerzhaftigkeit und Spannung der Bauchdecken nur digital, nicht kombinirt vorgenommen werden. Die äußeren Geschlechtstheile, Vagina und Portio vaginalis boten Erscheinungen von Altersinvolution; der Scheidentheil nach links gedrängt, das rechte Scheidengewölbe breiter als das linke. Das Scheidengewölbe im Ganzen gedehnt und stark gespannt. Der Uteruskörper nicht zu tasten.

Bei der Probepunktion mit feiner Kanüle und Aspiration (Dieulafoy) entleerte sich eine sehr geringe Quantität dicker gelber Substanz, die sowohl makro- wie mikroskopisch, als auch chemisch den gelblichen Klümpchen des Harns vollständig gleich war.

Die stark heruntergekommene und fiebernde Frau (bei der Aufnahme war die Temp. 38,2) starb am dritten Tage ihres Aufenthaltes im Krankenhause unter Erscheinungen von Erschöpfung.

Die klinische Diagnose, die sich, wie die Sektion zeigte, fast in allen Details bestätigte, lautete: Cystoma ovarii (dextri?) glandulare proliferum et cysta dermoidalis cum degeneratione carcinomatosa et perforatione in vesicam urinariam.

Sektion ausgeführt vom Prosektor Dr. Stroganoff. (Ich theile hier nur den Befund der Bauchhöhle mit; in den übrigen Organen war außer Erscheinungen von Atrophie nichts Abnormes.) Die Bauchhöhle ist ausgedehnt, enthält eine eiterförmige trübe Flüssigkeit mit zahlreichen Flocken und ist völlig von einer cystösen Geschwulst ausgefüllt, deren ganze vordere Fläche mit der Bauchwand verwachsen ist, besonders in dem unterhalb des Nabels liegenden Theile. Die Geschwulst stellt eine Höhle mit dicken Wänden dar und ist mit einer rahmartigen der Vernix caseosa ähnlichen Masse angefüllt. An der hinteren Wand dieser Höhle finden sich Haare in Form eines ziemlich langen Stranges und ein kindskopfgroßer Klumpen von Haaren, die durch eine noch dickere Masse, als die vorhin erwähnte verklebt sind. Im Inneren der Geschwulst gehen von einer Wand zur anderen 2 lange fleischartige Stränge. In dem unteren Theil der Geschwulst finden sich knotige Hervorragungen aus morschem medullarem Gewebe bestehend und zwischen ihnen eine 5 cm große Öffnung, die in die Höhle der ausgedehnten und mit oben erwähnter rahmartiger Flüssigkeit angefüllten Harnblase führt. An anderen Stellen der inneren Fläche ist die Geschwulst von fibrösen und knorpeligen Platten durchsetzt. Die Geschwulst hat einen Stiel, der im Bereich der Gegend des rechten Eierstockes endigt, an Stelle dessen sich ein Knoten von markförmiger Konsistenz findet. Die rechte Tuba Fallopia ist stark in die Länge ausgezogen. Der linke Eierstock ist von Apfelgröße, stellt auch eine Dermoidgeschwulst dar mit gelblicher, fettiger, körniger Masse und einer geringen Zahl von Haaren. Die

Gebärmutter ist auf Kosten des Mutterhalses verlängert, ihre Wände sind verdünnt. Einige Dünndarmschlingen sind von der Geschwulst komprimirt und mit frischen eitrigen Auflagerungen an der Drückungsstelle bedeckt. Die mikroskopische Untersuchung der oben erwähnten Knoten des unteren Geschwulsttheiles zeigte ausgesprochene carcinomatöse Degeneration: die Knoten bestehen aus Bindegewebe mit kleinen rundlichen alveolären Zwischenräumen, in denen koncentrisch geschichtete Nester von verhornten Epithelien eingelagert sind. Die fleischartigen Stränge der inneren Geschwulstfläche bestehen aus Bindegewebe mit sehr zahlreichen Talgdrüsen.

Somit lautet die anatomische Diagnose: Cysta dermoidalis ovarii dextri cum degeneratione carcinomatosa, dermoid ovarii sinistri, perforatio in cavum vesicae urinariae. Peritonitis consecutiva.

Der oben beschriebene Fall bietet in einigen Beziehungen Interessantes dar. Erstens erregt unsere Aufmerksamkeit die Größe der Geschwulst. Die dermoiden Geschwülste des Eierstockes zeigen im Gegentheil zu den proliferirenden glandulären Kystomen keine Neigung zu starkem Wachsthum und erreichen nur selten bedeutende Größe. Nach Olshausen[1] können sie am Ovarium bis zur Größe eines Mannskopfes wachsen. Nach Schröder[2] sind sie »meistens nur klein, bis orangegroß, doch können sie auch bis mannskopfgroß und selbst größer werden«. In demselben Sinne äußern sich auch A. Martin[3] und Horwitz[4]. In unserem Fall war die Dermoidcyste von ungewöhnlicher Größe, füllte die ganze Bauchhöhle aus und kam an Größe nicht weniger als drei Mannsköpfen gleich. Dieser Umstand war auch die Ursache, dass wir bei der klinischen Diagnose eine Kombination von Dermoid mit proliferirenden glandulärem Kystom annahmen. Möglich, dass zum raschen Wachsthum der Geschwulst die krebsige Degeneration den Anstoß gab: wenigstens bemerkte unsere Kranke die Geschwulst nur vor einem Jahre und ein rascheres Wachsen derselben nur in den letzten 4 Monaten.

Die zweite Eigenthümlichkeit unseres Falles besteht darin, dass beide Eierstöcke Sitze von Dermoidtumoren waren, während, nach Olshausen (l. c. p. 396) als Regel die Dermoidcyste nur in einem Ovarium vorkommt. Doch ist schon eine hinreichende Zahl von doppelseitigen Tumoren beschrieben (s. bei Olshausen p. 396).

Das größte Interesse aber sowohl vom anatomischen, als auch vom klinischen Standpunkte bietet die krebsige Degeneration der Geschwulst, die Kombination von Dermoid und Krebs dar. Auf diese interessante und wichtige Kombination wurde die Aufmerksamkeit erst in den letzten Jahren gelenkt. So konnte Olshausen in der 1. Aufl. (1877) seines bekannten Handbuches nur 2 solche Fälle (von Heschl und Pommier) in der Litteratur finden; in der 2. Aufl. (1886) citirt er neue Fälle von Kocher und Wahl (Dermoidcarcinoma), Thornton, Flaischlen und Unverricht (Dermoidsarcoma). Dazu kommen noch 3 Fälle von Schröder (1 Dermoidsarcoma, 2 Dermoidcarcinoma). Cohn[5] lenkte in seiner interessanten Arbeit die Aufmerksamkeit auf den enorm großen Procentsatz von bösartigen Geschwülsten unter den Tumoren der Eierstöcke (100 Fälle unter 600 Ovariotomien von Schröder). Wenn wir in Betracht ziehen, dass die Zahl der Dermoidtumoren des Eierstockes im Allgemeinen nicht groß ist (3—4%), dass aber in den letzten Jahren schon mehrere Fälle von maligner Degeneration der Dermoidcysten beschrieben sind, so wirft sich von selbst die Frage auf, ob nicht auch die Dermoidcysten, ähnlich den proliferirenden Kystomen, zur malignen Degeneration disponirt sind?

---

[1] R. Olshausen, Die Krankheiten der Ovarien. Stuttgart, 1886. p. 396.

[2] C. Schröder, Die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. Leipzig, 1884. p. 378.

[3] A. Martin, Pathologie u. Therapie d. Frauenkrankheiten. Wien u. Leipzig, 1885. p. 391.

[4] M. Horwitz, Handbuch der Pathologie u. Therapie der weiblichen Sexualsphäre. 2. Aufl. S. Petersburg 1882/83. II. Bd. p. 540. (Russisch.)

[5] E. Cohn, Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XII. Hft. 1. 1886.

(Aus der Breslauer Universitätsfrauenklinik.)

## II. Zur Kasuistik der Vagina duplex als Geburtshindernis.

Von
**Dr. v. Lukowicz,**
Assistenzarzt.

Im März d. J. hatte ich die Gelegenheit, einen Fall von Vagina duplex als Geburtshindernis zu beobachten, dessen Veröffentlichung mir die immerhin große Seltenheit einer solchen Anomalie erlaubt.

Die Kreißende (Ipara) lag bei vollkommen erweitertem Muttermund 3 Stunden in den kräftigsten Wehen, ohne dass der vorliegende Theil, der Steiß, in das kleine Becken eintrat. Das Becken war ein rachitisch verengtes mit einem Diam. Bd. von 19 cm. Der Praktikant konnte nicht die eigentliche Ursache dieser Geburtsverzögerung erkennen, da er jedes Mal in der Wehenpause und mit derselben Hand untersuchte. Während der Wehe erleichterte der Befund die richtige Diagnose, denn ein voluminöses, 6 cm breites Septum, ungefähr von links hinten nach rechts vorn verlaufend, wurde von dem vorliegenden Steiße des Kindes so stark angespannt, dass ein Wegdrängen durch den touchirenden Finger unmöglich war. Der Steiß ritt auf dem oberen Rande des Bandes, so dass man in jeder Hälfte der Scheide eine Analbacke fühlen konnte. Es war nicht zu erwarten, dass sich die Natur, wie in mehreren anderen Fällen beobachtet ist, hier selbst helfen könne und es wurde desshalb das Septum mit einer Schere durchtrennt. Die lange Dauer der Geburt und eine ziemlich starke Blutung aus den Stielen indicirte eine sofortige Beendigung der Geburt durch Umwandlung der Steißlage in eine unvollkommene Fußlage und darauf folgende Extraktion. Die Lösung des rechten Armes und des nachfolgenden Kopfes boten wegen des engen Beckens erhebliche Schwierigkeiten dar; das während der Operation abgestorbene Kind zeigte an seinem Schädel auf dem rechten Scheitelbeine eine tiefe Impression von der Symphyse und auf der linken Seite die abgeplatzte Squama petrosa vom Promontorium herrührend.

Beim Touchiren fühlte man 14 Tage post partum nur noch eine wellige Erhebung an der hinteren Scheidenwand als Überrest dieses interessanten Geburtshindernisses.

Mein Chef stellte mir außerdem einen von ihm beobachteten analogen Fall zur Verfügung; es handelte sich auch um ein einfaches Septum vaginae, welches trotz sehr kräftiger Wehen den Kopf nicht in das kleine Becken heruntertreten ließ und dieselben auf solche Weise vollkommen wirkungslos machten. Nach der Durchschneidung des Bandes war es auffallend, wie über dem touchirenden Finger der Kopf sofort tiefer trat und wie schnell die Geburt spontan verlief. Hier war später im Wochenbett keine Spur mehr von dem Septum vorhanden.

---

### 1) **M. Mekerttschiantz** (Tiflis). Zerreißungen und Schutzmittel des Dammes.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 3.)

Die M.'sche Arbeit ist wohl die umfangreichste, welche bisher über die Entstehung der Dammrisse und ihre Verhütung veröffentlicht worden ist. Die diese Themata behandelnde Litteratur von Hipokrates, Soranus und Aëtius an bis in die neueste Zeit findet in derselben nicht nur Erwähnung, sondern zum großen Theil eine eingehende Besprechung.

Die Ursachen des Dammrisses trennt Verf. in solche, welche von der Mutter, weiter vom Kinde und schließlich von den zwischen beiden obwaltenden ungünstigen Verhältnissen herrühren. Was die

ersteren betrifft, so kommen die harten und die weichen, mütterlichen Theile in Betracht. Abgesehen von den schweren pathologischen Abnormitäten des Beckens können schon kleine Abweichungen desselben, wie der zu stark hervorragende sacrovertebrale Winkel, die zu starke Neigung des Beckeneinganges, Fehlen der Sacralkrümmung, geringe Festigkeit der Coccygalartikulation, Weite des Beckenausganges, zumal nach hinten zu, Enge des Arcus, excessive Länge der Symphysis pubis und überhaupt Enge und Weite des ganzen Beckens etc. häufig und allein die Ursache der Dammzerreißung abgeben. Von den Weichtheilen vermag die Gebärmutter durch abnorme Druckarbeit oder durch Schieflage eine Ruptura perinaei herbeizuführen. Auch eine Verringerung des Scheidenlumens durch starke Entwicklung der das kleine Becken ausfüllenden Weichtheile, oder eine Erweiterung durch mangelhafte Entwicklung oder Atrophie derselben kann für den Damm von Bedeutung sein. Ferner kommen angeborene oder erworbene, auch vorübergehende Stenosen der Vagina, in seltenen Fällen auch wohl der Widerstand des Hymen in Betracht. Am wesentlichsten sind natürlich die Dammgebilde selbst. M. giebt desswegen eine ausführliche, anatomische Beschreibung derselben. Aus ihr sei nur hervorgehoben, dass die Perinealmuskeln an ihre Ansatzstellen fast stets mit beträchtlichen Sehnen herantreten. Es gestattet dies eine bedeutende Größendifferenz in der Zusammenziehung und Erschlaffung und verleiht dem Damm und dem Beckenboden große Widerstandskraft. Ein anderes begünstigendes Moment liegt darin, dass die Ursprungs- und Ansatzstellen der Muskeln nicht immer feste Punkte sind. M. rechnet den Damm, ähnlich wie die Vagina, deren Fortsetzung er darstellt, zu den geburtshilflichen Expulsionsorganen.

Als die Stellen, an welchen der Dammriss beginnt, werden in erster Linie genannt die Kreuzungsstelle der Fasern des Constrictor cunni und das Frenulum der hinteren Kommissur, in zweiter der Introitus vaginae, in dritter eine in der Nähe der Clitoris gelegene Partie. Zu Zerreißungen geneigt sind zu lange und zu kurze, zu breite und zu schmale Dämme, eben so auch zu trockene und nicht hyperämisch aufgelockerte, mit Varicen durchsetzte und ödematöse, straffe und unnachgiebige, zu elastische und zu erschlaffte.

Zu den den Dammriss befördernden Momenten des Kindes gehört vor Allem die Kopfgröße. Auch die Schultern und die Brust der Frucht können so bedeutend entwickelt sein, dass sie ein Geburtshindernis abgeben. Für gewöhnlich ist der Durchgang der Schultern weniger gefährlich. Da sich aber nicht leugnen lässt, dass dieselben auch selbständig den Dammriss herbeiführen können, so empfiehlt es sich, den Dammschutz bis zu ihrem Durchtritt fortzusetzen. Ferner kann der Ellbogen sowohl bei Kopf- als auch bei Beckenendlagen, in seltenen Fällen sogar die unteren Extremitäten dem Perineum gefährlich werden. Nicht ohne Bedeutung sind schließlich die verschiedenen Kopfstellungen. Vorderscheitel-, Stirn- und

Gesichtslagen gefährden den Damm, da durch sie größere Durchmesser zum Durchschneiden gebracht werden. Bei Beckenendlagen ist es gewöhnlich nur dann der Fall, wenn eine Hinterbacke austritt, die andere zurückbleibt, so dass das Kind auf dem Damm reitet.

Dass im Vorstehenden nur die wesentlichsten zum Dammriss disponirenden resp. ihn veranlassenden Momente referirt sind, bedarf kaum der Erwähnung. Im Original finden sich noch weit mehr aufgezählt. In Betreff dieser und aller Details muss auf dasselbe verwiesen werden.

Was nun die Dammschutzmittel betrifft, so unterscheidet M. 1) solche, welche in der Scheide, 2) in der Vulva, 3) auf dem Damm und 4) vom Mastdarm aus in Anwendung gebracht werden. Häufig bedient man sich mehrerer dieser Verfahren gleichzeitig. Von einer Besprechung derselben, welche mit wenigen, unwichtigeren Ausnahmen allseitig bekannt sind, kann an dieser Stelle Abstand genommen werden. Dagegen soll die vom Verf. selbst geübte Methode kurz geschildert werden. Handelt es sich um gewöhnliche Schädellage, so wird die Kreißende in wagerechte Rückenlage gebracht, die Beine in einen solchen Winkel und in einer solchen Entfernung der Kniee von einander aufgestellt, dass der Damm ganz frei liegt, aber sich nicht spannt. Wird er durch den Kopf vorgetrieben, so fasst man, zur rechten Seite der Frau sitzend, zunächst mit dem Daumen der rechten Hand die rechte Seite, mit den übrigen Fingern die linke Seite des Dammes und sucht denselben von beiden Seiten her zu erschlaffen. Sobald der vorangehende Theil in die Vulva tritt und das Frenulum spannt, führt man die linke Hand über die rechte Hüftbeuge hinweg und legt sie mit dem Ulnarrand auf den Schamberg, so dass der Daumen über die rechte, der Mittelfinger über die linke Schamlippe hinweghebend das ganze Frenulum von beiden Seiten ergreifen und sich einander nähernd dasselbe zu erschlaffen suchen. Der allmählich aus der Schamspalte hervortretende Kindskopf wird nun von der Vola der linken Hand einen leichten, ununterbrochenen Druck nach unten und hinten erfahren und zuletzt zwischen den seitlich angesetzten Fingern durchtreten. Nach seiner Geburt kann sich die linke Hand mit der Abwicklung der Nabelschnur und der Entwicklung des Kindes beschäftigen, während die rechte noch fortfährt den Damm zu erschlaffen, bis auch die Schultern geboren sind. Von den letzteren sucht M. die hintere zuerst austreten zu lassen. Ist dies geschehen, zieht er das Kind mit großer Vorsicht ein wenig herab, bis die vordere Schulter unter der Symphyse zum Vorschein kommt. Bei Vorderscheitellagen wird der Damm von Anfang an seitlich, aber entsprechend den Lambdanähten des Kopfes ergriffen und so ein Druck auf das Hinterhaupt nach vorn und oben nebst der Dammrelaxation ausgeübt. Zu verhüten ist es, dass das letztere zurückbleibt, da sich sonst leicht aus der umgekehrten Hinterhaupteine umgekehrte Scheitel-, ja sogar Stirnlage entwickeln kann.

Bei schon ausgebildeten Gesichtslagen ist es vortheilhafter, wenn

das Kinn immer mehr vorkommt und das Hinterhaupt oder die Gegend der kleinen Fontanelle zurückbleibt. Es würde sich sonst eine der Stirnlage näher kommende Position entwickeln. Desshalb muss zeitig die seitliche Dammrelaxation vorgenommen, der Kopf zu fixiren gesucht werden, bis das Kinn sich nach vorn begiebt und aus der Schamspalte heraustritt. Bei Beckenendlagen lässt M. wie bei Schädellagen beide Hände gemeinsam so lange wirken, bis gewöhnlich die vordere Hinterbacke in der Vulva hinreichend zu Gesicht kommt. Sie wird dann mit der linken Hand sacht in die Höhe gezogen, um auch die hintere mit dem Durchmesser der Trochanteren in der Längsrichtung der Vulva herauszubefördern.

An Stelle der rechten Hand benutzt M. auch ein Instrument, von ihm Dammrelaxator benannt. Es besteht aus 2 in der Mitte scherenförmig verbundenen Branchen, die auch scherenförmige Griffe besitzen. Geöffnet wird es seitlich auf den Damm gelegt, welchen es beim Schließen erschlafft, sogar längliche Falten in der Längsrichtung desselben bildend. M. ist mit seiner Wirkung zufrieden. Die oben beschriebene Methode des Dammschutzes hat er in mehr als 110 Fällen angewandt und dabei bis jetzt noch keinen Dammriss erlebt, obwohl sich ca. 50 Erstgebärende darunter befanden.

**Graefe** (Halle a/S.).

## 2) **G. Killian** (Freiburg i. B.). Zur Anatomie der Parovarialcysten.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVI. Hft. 3.)

K. giebt in der vorliegenden Arbeit die Resultate der anatomischen und mikroskopischen Untersuchung von 5 in der Hegarschen Klinik exstirpirten Parovarialcysten. Bei 3 derselben fanden sich Reste von Adhäsionen, ein nicht häufiges Vorkommnis. Alle zeigten einen großen Faltenreichthum der Innenfläche. Fischel hat denselben auf die zusammenziehende Wirkung der glatten Muskulatur zurückgeführt. K. weist diese Erklärung nicht ganz von der Hand, ist aber der Ansicht, dass vorzugsweise die innerste Bindegewebslage durch wirkliche leistenförmige Verdickungen die Falten hervorbringt.

Außer einer Verlängerung der Tube fand sich in 2 Fällen auch eine deutliche Erweiterung derselben. Letztere ist dadurch entstanden, dass vorzugsweise die Ampullengegend theils mitgewachsen, theils mechanisch ausgezogen ist.

Das uterine Ende des Ovarium fand sich stets von der Cystenwand etwas entfernt. Es ist dies kein Zufall. Liegt doch das Parovarium in ausgesprochener Weise dem dem Uterus abgewandten Ende des Eierstockes an.

Was die Epithelauskleidung der Cysten betrifft, so konnte K. in keinem der von ihm untersuchten Fälle Flimmerepithel nachweisen. Bei denselben fand sich ein wohlcharakterisirtes Cylinderepithel, aber nie allein in einer Cyste, sondern stets vergesellschaftet

mit kubischem. Letzteres war in allen Cysten vorhanden. Rundliche Zellen, welche hier und da gefunden wurden, betrachtet K. als schlecht ausgebildete kubische. In 2 Fällen wurde ein einschichtiges, plattes Epithel vorgefunden. Hieraus geht hervor, dass in einem abgeschlossenen Cystenraum die niederste, platte Zelle Abkömmling der höchsten Cylinderzelle sein kann. Spiegelberg erklärt dies durch eine mechanische Abplattung nach Aufhören des excentrischen Wachsthums der Cystenwand. Nach K. genügt schon ein Missverhältnis zwischen Zunahme des Sekretes und Wachsthum der Wand, um diesen Effekt hervorzubringen. Den verschiedenen Grad der Zellenabplattung in einer Cyste führt er auf die verschiedene Stärke der Cystenwand an verschiedenen Stellen zurück. Wo sie eine geringere ist, wird die Wand mehr ausgebuchtet, ihr Flächeninhalt nimmt in größerem Verhältnis zu, sie wird weiter verdünnt, weil die Gewebsmasse dieselbe bleibt. In Folge dessen findet von der Grenze aus, wo das umgebende Gewebe anfängt resistenter zu werden, in jeder Richtung in der Ebene der nachgebenden Wandpartie ein Zug statt. Diese ziehende Kraft ist es nach K. direkt (die drückende nur indirekt), welche die betreffende Wandstelle verdünnt. Es würden also auch die Zellen weniger platt gedrückt, als platt gezogen. Diese Hypothese fand sich in einem Fall bestätigt. Die sonst nur von hohem Cylinderepithel ausgekleidete Cyste bot an einer circumscript vorgewölbten Stelle plattes.

K. trennt die Parovarialcysten in papilläre, glanduläre und solche, welche weder Papillen- noch Drüsenbildung zeigen. Unter den von ihm untersuchten Cysten fanden sich Beispiele jeder dieser Formen. Die glanduläre ist bisher noch nicht beobachtet worden.

Nur in zwei Eällen ließ sich in der Cystenwand glatte Muskulatur nachweisen.

Bei der Entscheidung der Frage, ob eine Cyste parovariellen Ursprunges ist, kommt, sofern sie kein Flimmerepithel enthält, nicht sowohl ihr anatomischer Bau, als vielmehr ihr Lageverhältnis zu Tube und Ovarium in Betracht, d. h. ihr Anliegen an den beiden letzteren, die Dehnung des Ampullentheiles, der Fimbria ovarica, ja sogar des Eierstockes, schließlich ganz besonders der Umstand, dass sich das uterine Ende des Ovarium deutlich von der Cystenwand entfernt.

Graefe (Halle a/S.).

---

## Kasuistik.

3) Gesellschaft für Chirurgie zu Paris (24. Februar — 17. März).

(Revue de Chirurgie 1886. No. 4.)

Marchand: Hysterektomie.

M. zeigt einen per vaginam exstirpirten Uterus. Die Operation war leicht, aber es entstand eine heftige Blutung aus der hinteren Vaginalwand, so dass eine Anzahl Pincetten angelegt werden mussten. Eine komprimirte das Rectum derart, dass am 5. Tage eine Perforation eintrat. Die Heilung wurde verzögert durch

Fäkalmassen im kleinen Becken, die mit der Curette entfernt wurden. Heilung ohne Fistel nach $2^1/_2$ Monaten.

Terrillon: Multilokuläre Ovarialcyste mit Injektion von Chlorzink behandelt. Chronische Peritonitis.

Der Tumor bestand seit 12 Jahren. Wegen des schlechten allgemeinen Zustandes war die Laparotomie unterlassen worden. Mehrere Chlorzinkinjektionen waren vor 7 Jahren gemacht worden. Später wurden mehrere Punktionen gemacht, die je 14 Liter Flüssigkeit ohne Paralbumin ergaben. Die Kranke erlag einem Leberleiden. Die Autopsie ergab einen Leberabscess, welcher mit dem Darm kommunicirte und zahlreiche Adhäsionen der Cystenwand. Der Sack, welcher Wucherungen und kleine Cysten enthielt, war fibrös und seines ganzen Epitheliums beraubt.

In der Diskussion werden diese Injektionen getadelt.

Terrillon: Sarkom der Uterusschleimhaut. Abdominelle Uterusamputation.

Es handelte sich um eine 53jährige Frau, welche nie geboren hatte und vor 4 Jahren in die Menopause getreten war. Man fühlt einen fluktuirenden Tumor, das Collum ist unbeweglich und geht in den Tumor über. Eine Punktion ergab 6 Liter einer schwarzen Flüssigkeit. Bei der Laparotomie fand T. einen vergrößerten Uterus, welcher amputirt wurde. Der Stiel wurde extraperitoneal behandelt. Tod am 58. Tage an Erschöpfung. Autopsie ergab eine sarkomatöse Degeneration der Ganglien. Das Sarkom im Uterus hatte den inneren Muttermund so verlegt, dass die Massen nicht abfließen konnten und eine Hämatometra verursacht.

Nicaise: Fibrosarkom der Bauchdecken. Entfernung. Heilung.

Das Fibrosarkom stammt von einer 24jährigen Frau und war schnell gewachsen. Der Tumor war an der Darmbeinschaufel adhärent; er konnte entfernt werden, ohne das Peritoneum zu verletzen. Heilung.

Terrier. Statistik aus dem Hospital Bichat (1885). Von 228 Operirten, unter denen sich Ovariotomien, Hysterektomien, Kastrationen, Nephrektomien befanden, starben 28. Kein Fall von Sepsis, nur ein Fall von Erysipel, der zur Genesung kam. **Heilbrun** (Kassel).

## 4) Aus der Gesellschaft für Chirurgie zu Paris.

(Arch. de tocol. 1886. Februar 15. — Annal. de gynécol. 1886. März. April.)

Sitzung vom 6. Januar 1886.

Berger theilt Beobachtungen von Jeannel über 4 Fälle von Laparotomie mit. 1) Große Ovarialcyste, welche eine große Incision nöthig machte. Die Heilung war Anfangs durch Erscheinungen von Darmverschluss (Erbrechen fäkaler Massen) gestört, schließlich aber eine vollständige. 2) Sehr großes interligamentales Myom (Gewicht 7200 g), dem Coecum adhärent; in der Rekonvalescenz Erscheinungen von Perityphlitis; vollkommene Heilung. 3) Exstirpation eines großen Darmcarcinoms bei irrthümlicher Diagnose; Verletzung des Darmes, Anlegung eines künstlichen Afters. Tod an allgemeiner Peritonitis. Die Sektion zeigte Metastasen in Leber, Netz, Peritoneum. 4) Umfangreicher Tumor mit Ascites; letzterer war punktirt worden und hatte milchige Beschaffenheit ergeben; in der Annahme, dass es sich um eine Ovarialcyste handele, wurde Laparotomie gemacht; es ergab sich, dass der Tumor vom Mesenterium ausgegangen war; es blieb bei der Probeincision; Tod nach 24 Stunden.

Diskussion: Bouilly macht darauf aufmerksam, dass Erscheinungen von Darmverschluss, wie sie in dem zuerst berichteten Fall vorhanden waren, auch noch nach sehr langer Zeit auftreten können; er hat eine Frau, welche nach doppelseitiger Ovariotomie glatt genesen war, nach 2 Jahren an Darmverlegung verloren. Terrier erinnert daran, dass man diese Zufälle auf Retraktion des Stieles beziehe, was für den vorliegenden Fall nicht passe; hier erklären sich die Erscheinungen durch die der schweren Operation gefolgte Peritonitis; fäkales Erbrechen sei nicht selten bei Peritonitis. Duplay schließt sich dieser Ansicht an. Berger glaubt,

die Erscheinungen durch mechanische Verlegung in Folge von Adhäsionen erklären zu müssen.

Im 3. Fall hätte Berger Darmresektion vorgezogen; nach Eröffnung der Bauchhöhle und Erkenntnis der Art des Tumors hätte man nachsehen müssen, ob Metastasen vorhanden seien und in diesem Fall den Leib bald wieder schließen sollen. Auffallend sei in diesem Fall das Fehlen von Ascites.

Zum 4. Fall bemerkt Terrillon, dass milchige Beschaffenheit der Flüssigkeit auch bei gewissen Ovarialtumoren vorkomme, indem Zellen der Oberfläche fettig degenerirten und in die Peritonealhöhle gelangten. Verneuil fordert die mikroskopische Untersuchung der Flüssigkeit.

Terrier: Fall von vaginaler Uterusexstirpation. Der Uterus ließ sich schwer herabziehen; eine beträchtliche Blutung aus dem zuerst durchtrennten Ligament wurde durch Anlegen einer Klemme gestillt, welche 24 Stunden liegen blieb. Der Verlauf war günstig.

Diskussion: Tillaux ist weniger für die Operation eingenommen, seitdem er eine 20jährige Frau 7 Monate nach der gut verlaufenen Operation an Recidiv zu Grunde gehen sah. Er ist mehr geneigt, wieder auf die weniger eingreifende keilförmige Cervixamputation zurückzukommen. Verneuil theilt die Ansicht von Tillaux. Desprès hält die Operation für zu gefährlich; die Zahl der Fälle sei noch nicht groß genug, um definitiv urtheilen zu können. Duplay will die Operation nach Schröder's Methode ausführen.

Terrier bemerkt zu dem Fall von Tillaux, dass das Recidiv bei jungen Frauen besonders rasch einzutreten scheint. Er könne nicht begreifen, warum man die bei Carcinom der Mamma allgemein anerkannten Principien nicht auch für das Uteruscarcinom gelten lassen wolle.

Sitzung vom 13. Januar 1886.

Pozzi stellt eine geheilte Pat. vor, welche an einer großen Haematocele peri-uterina gelitten hat, er hatte Incision gemacht, wie bei Unterbindung der Art. iliaca externa; es entleerte sich chokoladefarbiger Inhalt; Ausspülung der Höhle; Drainage nach den Bauchdecken und nach der Vagina.

Sitzung vom 20. Januar 1886.

Desprès berichtet über einen Fall von Retention des Menstrualblutes bei einem 14jährigen Mädchen. Die Untersuchung ergab einen Tumor in der Nabelgegend; Probepunktion zeigte Blut. Die Retention war bedingt durch Verschluss des Cervix; es trat spontane Perforation des Verschlusses ein, das Blut entleerte sich und der Tumor verschwand. D. macht darauf aufmerksam, dass die Fälle mit Spontanperforation erheblich günstiger verliefen, als diejenigen, bei welchen chirurgisch eingegriffen würde. Schließlich fügt D. hinzu, dass es sich vielleicht um Uterus bicornis gehandelt hat.

Diskussion: Sée ist der Meinung, dass man die Fälle nicht generalisiren dürfe; in bestimmten Fällen müsse statt abzuwarten, Eröffnung des Verschlusses vorgenommen werden. Trélat schließt sich dieser Meinung an. Der Vergleich mit den Fällen, bei welchen chirurgisch eingegriffen würde, sei nicht zutreffend; man operire nicht wegen des Verschlusses an sich, sondern wegen vorhandener pathologischer Folgezustände.

Sitzung vom 3. Februar 1886.

Lucas-Championnière theilt einen Fall von Kaiserschnitt nach Porro mit, welchen Delaissement ausgeführt hat; Indikation gab platt-rachitisches Becken mit Conjugata von 5 cm. Operation mit Müller's Modifikation; die Operirte genas. L.-Ch. hält das Verfahren von Müller für nicht empfehlenswerth, weil es eine erheblich große Bauchwunde erfordere. Eine definitive Entscheidung zwischen Porro-Operation und klassischem Kaiserschnitt sei zur Zeit noch nicht zu treffen.

Sitzung vom 10. und 24. Februar 1886.

Pozzi demonstrirt Präparate, welche bei zwei vaginalen Uterusexstirpationen gewonnen wurden. 1) Interstitielles Fibrom des Uterus, Endometritis

fungosa; Totalexstirpation wegen profusen Blutungen. Tod am 3. Tage an Erschöpfung. 2) Uterus exstirpirt wegen Cervixcarcinom; Operation war leicht; einige Stunden nach der Operation erhebliche Blutung, welche durch Karbolinjektionen und Jodoformtampons bekämpft wurde. Heilung. **Skutsch** (Jena).

## 5) Aus der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zu Paris.

(Annal. de gynécol. 1886. April.)

Sitzung vom 11. März 1886.

Charpentier verliest eine von Martel eingeschickte Mittheilung über einen Fall von Gesichtslage, bei welchem die Dekapitation nothwendig geworden war. Der Verf. räth zu frühzeitiger Wendung auf die Füße, sobald die manuelle Umwandlung unmöglich ist.

Diskussion: Pajot warnt davor, aus einem einzelnen Falle allgemeine Schlüsse zu ziehen.

Verrier berichtet über eine Beobachtung von Placenta succenturiata, bei welcher die Nebenplacenta am Cervikalkanal saß (praevia war).

Pajot zeigt einen neuen Kephalotrib. Während bei dem alten Kephalotrib der Kopf leicht nach oben ausweicht, sobald das Zusammenschrauben beginnt, soll dies bei dem neuen Instrument verhindert werden; jeder der beiden Griffe trägt eine Schraube; werden die Schrauben nach Anlegung des Instrumentes vorgeschraubt, so springen oben an der Innenfläche der Löffel zwei Klammern vor, welche den Kopf fixiren.

Diskussion: Bailly hält das komplicirte Instrument für überflüssig und glaubt, dass sein Kephalotrib ausreichend sei. Pajot bemerkt, dass es mit dem Instrument von Bailly unmöglich sei, ein ausgetragenes Kind durch ein Becken zu Tage zu fördern, dessen Conjugata weniger als $6^1/_2$ cm beträgt. Verrier hat bei einem Fall von $7^1/_2$ cm Conjugata vergeblich den alten Kephalotrib benutzt; die hierauf vorgenommene Applikation des Instrumentes von Bailly war von schnellem Erfolg.

Polaillon berichtet über eine Beobachtung von Prolaps der Blase und Einschnürung derselben durch die Vulva. Es handelte sich um eine Frau, welche bei einer Geburt eine ausgedehnte Blasenscheidenfistel erworben hatte; die ganze Vesicovaginalwand war zerstört, auch die untere Wand der Urethra fehlte. Da es an Material zum Verschluss der Fistel mangelte, wurde die Obliteration der Vagina in Aussicht genommen; nur eine kleine Harnröhrenöffnung sollte gelassen werden. Die Pat. verließ das Hospital, bevor die Operation zur Ausführung kam. Als sie im folgenden Jahre wiederkam, zeigt sich, dass die Blasenwand prolabirt war und als Tumor zwischen den Labien lag; die geringste Berührung löste heftigen Schmerz aus. Die früher beabsichtigte Operation wurde nun ausgeführt, nachdem die Reposition in Narkose gelungen war. Nach Heilung der Wunde war die Frau im Liegen kontinent, im Stehen verlor sie wenigstens weniger Urin als früher. Als sich die Pat. jedoch später wieder vorstellte, war wieder der frühere Zustand von Prolaps eingetreten. Durch den ehelichen Verkehr war der Introitus wieder erweitert worden. P. theilte den Fall mit, weil er seiner Meinung nach ein Unicum sei.

Doléris spricht über Behandlung von Aborten. Für die Fälle von Abort, bei denen langsame aber stetige spontane Entleerung der Abortreste erfolgt, hält D. die allgemein in Frankreich übliche Methode für angemessen, nämlich Verhinderung septischer Zersetzung durch antiseptische Ausspülungen und Bekämpfung beunruhigender Blutungen durch Tamponade. Für die Fälle jedoch, bei denen nach Ausstoßung des Fötus und Abfluss des Fruchtwassers die Geburtsarbeit des Uterus aufhört, der Cervix wieder eng wird und die für unbestimmte Zeit zurückgehaltenen Placentamassen die Frauen den Gefahren der Septikämie und der häufigen Blutungen aussetzen, verlangt er sofortiges Eingreifen: schnelle Dilatation des Cervix, Ausräumung des Uterus, antiseptische Ausspülungen. Acht nach diesem Princip behandelte Fälle sind sämmtlich günstig verlaufen.

Diskussion: Pajot bemerkt, man müsse unterscheiden, ob die Placenta gelöst

sei oder nicht; nur die gelöste Placenta gehe in Zersetzung über; nur in diesem Falle müsse man einschreiten und auf jeden Fall den Uterus ausleeren. Guéniot will auch das Alter der Schwangerschaft berücksichtigt wissen; die Reste von Eiern unter 6 Wochen, bei denen also noch keine Placenta gebildet sei, stießen sich spontan ohne großen Schaden ab. Bailly ist überrascht über die Leichtigkeit, mit welcher D. die schnelle Dilatation des Cervix ausführt und bittet, die Details des Operationsverfahrens mitzutheilen. D. lässt die von Pajot und Guéniot gemachten Einwände nicht gelten; auch die Retention von Abortresten bei Eiern unter 6 Wochen können unangenehme Folgezustände herbeiführen. Die Lösung der Placenta betreffend liege die Schwierigkeit darin, zu wissen, ob die Lösung eine vollständige oder nur theilweise war. Er glaube nicht, dass die Lösung stets Fäulnis zur Folge habe; man müsse nur antiseptisch verfahren. Die Dilatation sei leicht; zuerst werde mit dem Finger dilatirt, dann werden Barnes'sche Blasen benutzt; auf diese Weise komme er sehr rasch zu genügender Erweiterung.

(Annal. de gynécol. 1886. Mai.)

Sitzung vom 8. April 1886.

Bailly spricht über den Forceps Tarnier in der Absicht, auf die von Rey gemachten theoretischen Einwendungen durch klinische Thatsachen zu antworten. Nach einem ausgedehnten Gebrauch des neuen Instruments hat er die Überzeugung gewonnen, dass es dem klassischen Forceps bei Weitem überlegen sei, vor Allem bei im Beckeneingang stehendem Kopf. Der Forceps von Tarnier allein gestattet eine Zugrichtung, welche dem im Beckeneingang stehenden Kopf angemessen ist; im Allgemeinen befreit das Tarnier'sche Instrument bei jeder Anlegung von der Unsicherheit und von den durch ungünstige Zugrichtung bedingten Hindernissen, welche sich bei Anwendung des klassischen Forceps unseren Kräften entgegensetzen.

Diskussion: Porak hat seit 4 Jahren in seiner Praxis abwechselnd die beiden Tarnier'schen Modelle, den Forceps von Poullet und den klassischen Forceps angewendet und ist zu der Überzeugung gekommen, dass die Achsenzugzange nur einzelnen Indikationen, dagegen der klassische Forceps allen Indikationen genüge. Man habe viel mehr Vortheil von dem Levret'schen Forceps, welcher den Operateuren viel besser die Richtung, welche den geringsten Widerstand bietet und etwaiges Abgleiten der Zange erkennen lässt. Der Forceps von Poullet hat den Vortheil, dass er schnell in einen klassischen Forceps umgewandelt werden kann.

Pajot glaubt, dass man die dem Geburtshelfer durch den klassischen Forceps ermöglichte Kraftanwendung nicht vergleichen könne mit der durch die neuen Instrumente gewährten.

Charpentier hat früher gesagt, dass er das Tarnier'sche Instrument für die Beckenmitte und für den Beckenausgang annehme, für den Beckeneingang aber zurückweise. Jetzt geht er weiter und sagt, er verwerfe das Tarnier'sche Instrument in allen Fällen. Dies sei das Resultat klinischer Beobachtungen, nicht etwa theoretischer Überlegungen.

Doléris meint, die dem Tarnier'schen Forceps gemachten Vorwürfe seien höchstens für das erste Modell zutreffend, nicht aber für das neue.

Rey beschränkt sich auf einige Bemerkungen über die Zeigergriffe

**Skutsch** (Jena).

6) **Fr. Howitz** (Kopenhagen). Über Exstirpation kleiner Ovarien.

(Howitz: Gynäkol. og obstetr. Meddel. Bd. VI. Hft. 1—2. p. 117—137.)

In diesem Vortrag behandelt Verf. die Kastration und theilt kurz seine Erfahrungen über diese Operation mit. Erst in der letzten Zeit ist Verf. Anhänger dieser Operation geworden: Wenn es bei Fibromyomen nothwendig war, operativ einzugreifen, hat er der Radikaloperation den Vorzug gegeben; und in den anderen Fällen, wo diese Operation in Betracht kommt, hat Verf. sich erst dazu entschließen können, bei Leiden, die an und für sich selten das Leben gefährden, die Laparotomie zu machen, als ihm die Erfahrung gelehrt hat, dass dies ohne Gefahr geschehen kann. So erklärt es sich, dass dieser vielbeschäftigte Gynäkologe

nur 14mal die Operation ausgeführt hat; in allen Fällen glatte Heilung. Außerdem 2 Probeincisionen auch mit glatter Heilung.

Vier Mal wurde wegen Fibromyomen operirt. Die Fälle sind in aller Kürze folgende:

1. Fall: 36jährige Frau. Mannskopfgroße, rasch wachsende Geschwulst. Späteres Schicksal unbekannt, doch soll ihr Befinden gut sein.

2. Fall: 42jährige Frau. Faustgroße Geschwulst des Corpus. Enorme Verlängerung des supravaginalen Theils des Cervix. Die Geschwulst war $1^1/_2$ Jahr post operationem völlig geschwunden.

3. Fall: 30jähriges Fräulein. Bei dieser Pat. war außer mehreren kleinen Gewülsten der Gebärmutter auch Druckempfindlichkeit der Eierstöcke, besonders des rechten, in die Fossa Dougl. dislocirt, vorhanden. Nach einer durch mehrere Jahre fortgesetzten, erfolglosen, medikamentösen und lokalen Behandlung Kastration. Pat. wurde $^1/_2$ Jahr post operationem wieder untersucht. Wohlbefinden, nur 1mal eine geringe Genitalblutung. Uterus verkleinert.

4. Falll: 46jähriges Fräulein. Große Geschwulst bis zur Nabelhöhe. Am 29. Mai 1885 Kastration. Die Geschwulst verkleinerte sich; im Oktober starb aber die Pat. an einem alten Herzleiden.

Gelegentlich theilt Verf. hier einen Fall von Probeincision bei Fibromyom mit tödlichem Ausgang durch Urämie veranlasst mit. Die enorme, die ganze Bauchhöhle ausfüllende, z. Th. subserös entwickelte Geschwulst ließ sich nicht entfernen und der rechte Eierstock konnte nicht gefunden werden. Man musste sich damit begnügen, eine kindskopfgroße Geschwulst und den linken Eierstock zu entfernen. Vor der Operation war die Urinsekretion immer reichlich, der Urin normal gewesen. Bald nach der Operation stellte sich aber Urämie und Anurie (bis 12 Stunden andauernd) ein. H. dachte an eine Kompression der Ureteren, entfernte desshalb die elastische Kompression des Leibes und suchte durch Lagerung die Ureteren vom Drucke der Geschwulst zu entlasten, aber vergeblich. Die Diurese wurde danach nur vorübergehend wieder reichlich, dann trat abermals Anurie ein und Pat. starb am 7. Tage post operationem. Bei der Sektion fand sich sehr weit vorgeschrittene beiderseitige Hydronephrose; keine Zeichen von Sepsis oder Peritonitis. Die Hydronephrose muss in den letzten Jahren allmählich entstanden sein; Pat. klagte auch immer über Lendenschmerzen in der Rückenlage, die aber in der Seitenlage oder in aufrechter Stellung schwanden.

Die übrigen Fälle, in welchen Verf. die Kastration ausgeführt hat, meint derselbe in 3 Gruppen trennen zu können:

1. Gruppe, wo man vermuthen kann, dass die jetzt nur wenig vergrößerten Eierstöcke wachsen werden und dann die Exstirpation vielleicht gefährlicher wird; 2. Gruppe, wo die Eierstöcke dislocirt sind und dann verschiedene sonst nicht zu hebende Beschwerden verursachen; 3. Gruppe, wo die Eierstöcke nicht sehr vergrößert, aber druckempfindlich und der Sitz eines besonderen pathologischen Processes sind (s. u.).

Die 1. Gruppe, die unter das, was die Engländer »early ovariotomy« nennen, gehört, umfasst 4 Fälle, die nichts Besonderes darbieten.

Die 2. Gruppe, die dislocirten Eierstöcke, umfasst auch viele Fälle der 3. Gruppe, da ja die Eierstöcke sich hier meistens in der unten zu beschreibenden Weise pathologisch verändert zeigen. Außer dem oben beschriebenen Fall 3, der gewissermaßen auch hierher gehört, fand sich eine Dislokation der Eierstöcke unter den operirten Fällen 6mal. Bei einer Pat. waren die Eierstöcke in kleine Dermoidcysten verwandelt, in den anderen Fällen war der oder die dislocirten Eierstöcke chronisch entzündet. Die Symptome, die durch die Dislokation des Eierstockes hervorgerufen werden, sind in den meisten Lehrbüchern nicht ausführlich genug besprochen. Der Eierstock kann nach vorn oder nach hinten dislocirt sein; häufiger ist nur der eine und dann der rechte prolabirt, bisweilen alle beide. Die Symptome, die Verf. bei diesem Leiden gefunden, stimmen mit den von anderer Seite beschriebenen überein und müssen, des Raumes wegen, desshalb hier übergangen werden. Wenn der Zustand der Pat. unerträglich ist und alle Behandlung

erfolglos bleibt, räth Verf. zur Exstirpation, wozu man sich natürlich am leichtesten entschließt, wenn nur 1 Eierstock dislocirt ist.

Die 3. Gruppe des Verf.s umfasst wie gesagt die Fälle, in denen der Eierstock Sitz eines besonderen pathologischen Processes ist. Diesen Process beschreibt der Verf. nach den Untersuchungen von Dr. B. Bang folgendermaßen. Der Eierstock ist in allen Dimensionen vergrößert und das Gewicht ist größer wie normal. Die Oberfläche ist nicht so glatt, wie es sonst bei Nulliparen der Fall ist (fast alle Pat. dieser Gruppe sind Nulliparae, die meisten Virgines); dieselbe bot eine oder mehrere kleinere oder größere Hervorwölbungen und zahlreiche narbenähnliche Einziehungen dar. Die Farbe des Organs ungefähr normal, die Hervorwölbungen doch roth oder violett von durchscheinendem Blute und die ganze Oberfläche durch die zahlreichen durchscheinenden kleinen Cysten von gefleckten Aussehen. Die erwähnten Hervorwölbungen erreichen die Größe einer Nuss und rühren, wie es sich auf der Schnittfläche zeigt, von großen unregelmäßigen ausgebuchteten Corpora lutea her. Dieselben sind am meisten von einer sehr dicken gelblichen Zelllage ausgekleidet und haben in der Mitte eine kleinere oder größere rein blutige Partie. Die Zelllage besteht aus sehr großen, epithelartigen, ganz fein gekörnten Zellen mit großem Kern. Das Blutcoagel in der Mitte nur theilweise organisirt; bisweilen ist das Blut noch nicht geronnen. Auf der Schnittfläche sieht man außerdem eine abnorm große Menge Graaf'scher Blasen, deren Größe von der eines Senfkornes bis der einer Linse variirt. Dieselben enthalten theils dünne Flüssigkeit, theils eine weiche, weißliche, lose, geronnene, körnige Masse. Die Wand ist häufig mit einer einfachen Schicht ziemlich niedriger, cylindrischer Epithelzellen ausgekleidet. Außerdem zeigt die Schnittfläche noch zahlreiche Primordialfollikel mit Eizellen und nicht wenige Corpora albicantia, deren Wand dicker wie gewöhnlich und Sitz einer besonderen Degeneration ist.

Dieser eigenthümliche pathologische Zustand ruft nun verschiedene Symptome hervor, die vom Verf. ausführlicher erwähnt werden und die hauptsächlich mit den sog. »Lendenmarkssymptomen« (Hegar) übereinstimmen. Die Behandlung ist sehr oft erfolglos und wenn der Zustand der Pat. unerträglich wird, kann nur die Exstirpation helfen. Da diese Degeneration sich sehr oft mit Dislokation des Eierstockes verbunden vorfindet, fällt die 2. und 3. Gruppe des Verf.s größtentheils zusammen; nur bei einer der operirten Pat. waren die Eierstöcke »kleincystisch degenerirt«, wie es von den meisten Autoren genannt wird, ohne auch dislocirt zu sein.

Von den Bemerkungen des Verf.s zur Technik der Kastration soll hervorgehoben werden, dass während er zu der Narkose bei Laparotomien gewöhnlich Äther verwendet (s. Centralbl. f. Gynäk. 1885 p. 282), er hier Chloroform den Vorzug giebt, weil dadurch die hier gewöhnlich straffe Bauchwand besser erschlafft wird.

Wenn man bedeutende Adhäsionen im Voraus diagnosticiren kann, will Verf. nicht operiren und wenn man dieselben erst nach Eröffnung der Bauchhöhle erkennt, räth er dazu, sich mit einer Probeincision zu begnügen.

**Leopold Meyer** (Kopenhagen).

7) **W. Netzel** (Stockholm). Über Ovarialmyxom.

(Nord. med. Arkiv Bd. XVII. 4. No. 28.)

Das sog. Ovarialmyxom oder Pseudomyxoma ovarii (Werth) hat in den letzten Jahren verdiente Aufmerksamkeit erregt. Verf. hat 7 derartige Fälle beobachtet und 6 operirt; die 4 ersten Fälle sind in früheren Referaten über die Hospitalberichte des Verf.s in diesem Journal referirt; alle 6 Fälle geheilt und ohne Recidiv. Im 7. Fall kam es nicht zur Operation. Bei der Obduktion fanden sich alle Eingeweide unter einander verklebt und verwachsen. Es hatte den Anschein, als ob die Dünndarmschlingen durch eine Rupturstelle der ursprünglichen Cyste in diese hineingewachsen waren; denn sie lagen innerhalb eines Hohlraumes, durch dessen Wand das Ileum bei der Ileocoecalklappe hindurchging (mit der Wand fest verwachsen) und an dessen Außenseite das Colon fest angewachsen war. Die ganze Bauchhöhle war mit gelatinösen Massen ausgefüllt und eben solche Massen fanden sich an allen Organen festsitzend.

Außer seinen eigenen 7 Fällen hat Verf. noch 13 Fälle aus der Litteratur gesammelt und sie im Auszug wiedergegeben.

Das Charakteristische bei dieser Art von Eierstocksgeschwülsten meint Verf. in folgenden Zügen feststellen zu können. Die Krankheit betrifft hauptsächlich ältere Frauen; beinahe 75% waren über 40 Jahre alt. Im Anfang ruft die Geschwulst nur die bei Ovarialcysten gewöhnlichen Beschwerden hervor; die Entwicklung ist aber eine sehr schnelle und verursacht frühzeitig eine bedeutende allgemeine Schwäche.

In ihrem Bau kommt die Geschwulst den glandulären Cysten am nächsten, zeigt aber folgende Sonderheiten. Die Außenwände, wie auch alle Scheidenwände sind äußerst dünn und arm an Gefäßen. Die Hauptmasse der Geschwulst ist eine klebrige, gelbliche, gelatinöse Masse, die sich in ihrer chemischen Zusammensetzung mehr dem Mucin als dem gewöhnlichen colloiden Cysteninhalt nähert.

Die Haupteigenthümlichkeit bei dieser Art von Geschwülsten ist das frühzeitige Auftreten von myxomatösen Produkten in den verschiedenen Theilen der Bauchhöhle. An der Außenfläche der Geschwulst und hauptsächlich an deren Basis, an deren Stiel, an dem Beckenbauchfell, am großen Netze, an den Gedärmen, an der Oberfläche der Leber und der Milz, am Diaphragma, am Peritoneum parietale treten kleine polypöse myxomatöse Hervorragungen, wie auch flache Auflagerungen von sehr festsitzenden myxomatösen Massen auf. Die ursprüngliche ovarielle Geschwulst verschwindet nach und nach mehr oder weniger vollständig und die ganze Bauchhöhle wird von den klebrigen myxomatösen Massen ausgefüllt.

Der von Werth gegebenen Deutung dieses Befundes, als »Fremdkörperperitonitis« durch Cystenruptur entstanden, glaubt Verf. aus folgenden Gründen entgegentreten zu müssen. In der Mehrzahl der Fälle waren keine Zeichen einer Cystenruptur vorhanden und in einigen Fällen war eine solche sehr unwahrscheinlich. Die Veränderungen treten sehr schnell auf, besonders am großen Netz. Dieses Organ bildet gewöhnlich eine geschwollene, mehr wie fingerdicke Masse. Bei der nicht ungewöhnlichen Berstung der gewöhnlichen Colloidcysten bleibt ja der ausgetretene Cysteninhalt lange Zeit in der Bauchhöhle, ohne analoge Veränderungen am Bauchfelle hervorzurufen. Auch ist es bemerkenswerth, dass das Auftreten der myxomatösen Hervorragungen ziemlich genau der gewöhnlichen Lokalisation der Metastasen der papillomatösen Cysten entspricht.

Die Geschwülste sind häufig doppelseitig. Die Stielbildung ist gewöhnlich dieselbe wie die der soliden Eierstocksgeschwülste. In zwei Fällen ist eine intraligamentöse Entwicklung beobachtet worden. Adhäsionen mangeln oft, können aber auch in älteren Fällen sehr bedeutend werden.

Die meisten Operateure haben sehr schlechte Resultate mit dieser Art von Eierstockstumoren erlebt, N. dagegen hat von seinen 7 Pat. 6 gerettet und sie leben noch; die 7. wurde nicht operirt. N. glaubt, dass diese Verschiedenheit der Resultate davon abhängig ist, dass seine Pat. früher nach dem Auftreten der ersten Symptome, wie die der meisten anderer Operateure, operirt worden sind. Nach seinen Erfahrungen glaubt Verf. sich dazu berechtigt, bei dieser Art von Eierstocksgeschwülsten eine gute Prognose zu stellen, wenn nur frühzeitig operirt wird. Der günstige Zeitpunkt für eine Operation verstreicht aber sehr leicht.

**Leopold Meyer** (Kopenhagen).

## 8) **B. Schlegtendal** (Hannover). Zur Malignität der Ovarialkystome, insbesondere des Cystoma ovarii glandulare.

(Berliner klin. Wochenschrift 1886. No. 2 u. 3.)

S. berichtet über folgenden Fall von Cystoma ovarii glandulare: 52jährige Frau mit einem Unterleibstumor, der im Ganzen langsam gewachsen war, von weich-elastischer Konsistenz und bis handbreit über den Nabel reichte. Im hinteren Scheidengewölbe war hinter dem Uterus ein Abschnitt des Tumors zu fühlen, der bei der Untersuchung mit dem Finger perforirt wurde. Bei der Operation zeigte sich eine linksseitige multilokuläre Cyste mit außerordentlich steifem, galler-

tigem Inhalt, kleinere auch rechts, ferner am Lig. rot. dextr. und in größerer Menge besonders längs des Omentum, das bis auf einen schmalen Streifen längs des Colon reducirt war. Gleiche gallertige Massen in der Abdominalhöhle. Bei der Sektion fand man noch außer diesen entfernten Cysten gelbe Auflagerungen, bestehend aus der steifklebrigen Gallerte mit miliaren oder größeren Cysten speciell an den Stellen, die weniger der Bewegung ausgesetzt sind: auf der konvexen Oberfläche der Leber, auf der Vorderfläche der Milzkapsel, einige am Duodenum, die meisten am Coecum, S romanum und den Wandungen des kleinen Becken. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose; nirgends waren papilläre Exkrescenzen zu finden.

Derartige Fälle sind außer diesem in der Litteratur erst 2 genauer mit Begründung durch subtilste mikroskopische Untersuchung angegeben (von Baumgarten und Mennig), die bestätigen, dass auch die anatomisch gutartigsten Formen der Ovarialgeschwülste einen malignen Verlauf nehmen können. In zahlreichen ähnlichen anderen Fällen der Litteratur ist nicht mehr genau zu eruiren, ob ebenfalls ein Cystoma glandulare proliferum (sog. einfaches Myxoidkystom) vorgelegen hat, oder ob es sich um papilläre Kystome handelt, für die die Malignität lange feststand. Die sekundären Neubildungen beruhen in obigen Fällen wahrscheinlich auf zufälliger Inokulation der Bauchhöhle, wie sie z. B. bei der Operation, bei Rupturen und Punktionen durch Zellen des Cystenepithels erfolgen kann und nicht auf wahrer Metastasis. **Weidlich** (Breslau).

### 9) **Formad.** Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Boston med. and surg. journ. 1886. December 17. No. 25. p. 590.)

F. zeigte in der pathologischen Gesellschaft zu Philadelphia den Eisack einer Extra-uterin-Schwangerschaft, ungefähr der Mitte der linken Tube entsprechend, etwa 1 Zoll im Durchmesser, welcher Blutklumpen und Placentargewebe enthielt und einen Riss zeigte. Der Uterus war etwa doppelt so groß als normal, die Bauchhöhle enthielt eine Menge zum Theil geronnenes Blut, der Fötus konnte nicht aufgefunden werden. Die Frau hatte sich nicht für schwanger gehalten und war bis zur Ruptur des Sackes 12 Stunden vor ihrem Tode unter Collapserscheinungen ganz gesund. **Lühe** (Demmin).

### 10) **Holmes.** Fall von Katalepsia spuria.

(Med. record 1886. Februar 20. p. 208.)

H. beschreibt einen Fall, in welchem eigenthümliche Anfälle eintraten, welche mit der eigentlichen Katalepsie die Muskelstarre gemeinsam hatten, sich aber wesentlich von ihr durch die Abwesenheit der Flexibilitas cerea und der Bewusstlosigkeit unterschieden. Er identificirt diese Zustände mit denjenigen, welche Sir Thomas Watson »Daymare« Tagesalp genannt hat. Die Anfälle traten zuweilen ganz plötzlich, auf der Straße etc. ohne alle Vorboten ein, zuweilen gingen aber solche voraus, zumal eine gewisse nervöse Unruhe. Die Untersuchung der Genitalien zeigte große Erosionen ad portionem und entsprechende Behandlung heilte in einigen Monaten nicht nur die Lokal- sondern auch die consecutive Nervenaffektion. **Lühe** (Demmin).

### 11) **Wilson Saffin.** Scarlatina in utero.

(Med. record 1886. April 24. p. 472.)

Das neugeborene Kind einer Frau, die ein scharlachkrankes Kind gepflegt und selbst Mandelentzündung mit Drüsenanschwellungen, aber keinen deutlichen Ausschlag gehabt hatte, zeigte sogleich nach der Geburt offenbaren Scharlachausschlag, welcher in 9 Tagen verlief und von Desquamation gefolgt war.

**Lühe** (Demmin).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

**Zehnter Jahrgang.**

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**№ 36.** **Sonnabend, den 4. September.** **1886.**



## Bericht über sechs Uterusexstirpationen.

Von
**Dr. O. Thelen** in Elberfeld.

Die im Folgenden aufgeführten Uterusexstirpationen per vaginam sind von mir in den Jahren 1884 und 1885 im hiesigen St. Josephs-Hospital ausgeführt worden. Die Indikation gab in 5 Fällen carcinomatöse Erkrankung des Cervix ab, die mehr oder weniger weit auf das Corpus übergegriffen hatte. Einmal (Fall 5) wurde die Operation nach heftigen Blutungen wegen der Diagnose Carcinom des Corpus ausgeführt, welche Annahme jedoch durch die mikroskopische Untersuchung nicht bestätigt wurde. Alle von mir gemachten Uterusexstirpationen hatten quoad vitam ein gutes Resultat. Die Operationsweise war folgende: Nach gründlicher Desinfektion der Scheide und des carcinomatösen Geschwürs sowohl direkt vor der Operation, als auch am Tage vorher, wird die nach unten gezogene Portio cervicalis oder das an ihrer Stelle sich befindende Geschwür umschnitten und der Cervix von der Scheide losgelöst. Dieser Theil der Operation ist der langwierigste, indem die Scheidenwunde meist stark parenchymatös blutet und daher die Stillung der Blutung oft viel Zeit in Anspruch nimmt. Es ist sehr wichtig, dass dies sehr sorgfältig geschieht (Fritsch). Hierauf dringt man an der vorderen Seite in das zwischen Vesica und Uterus gelegene retroperitoneale Bindegewebe ein und stülpt das Peritoneum so weit wie möglich nach hinten vor, eben so an der hinteren Seite, indem man die Douglas'sche Falte ablöst und zurückschiebt. Hierauf wird mittels einer mit einem Seidenfaden armirten Aneurysmanadel ein kleiner Theil des parametralen Gewebes einer Seite durchstochen, abgebunden und centralwärts durchschnitten, dann ein zweiter und so fort, abwechselnd mit der anderen Seite. Hierbei muss man sich immer dicht am Uterus halten. Dieser wird durch die Abtrennungen fortwährend mobiler und lässt sich immer weiter nach unten ziehen.

Die centrale Blutung aus dem Uterus wird provisorisch durch angehängte Schieberpincetten gestillt. Erst wenn so der größte Theil des Parametrium beiderseits in kleinen Partien durchtrennt ist, schneidet man vorn und hinten das Peritoneum ein, öffnet also jetzt erst die Peritonealhöhle und kann nun, indem man den Finger von der vorderen Peritonealöffnung durch bis zur hinteren führt, den noch übrigen Theil des Lig. lat. durch 1 oder 2 Massenligaturen abbinden und durchtrennen. Der jetzt nur noch von den Lig. rotund. gehaltene Uterus wird ganz nach unten gezogen und nach hinten umgestülpt. Lig. rotund. sammt Tube werden beiderseits durch 2 Massenligaturen abgebunden, durchtrennt und der Uterus entfernt. Bis zur Eröffnung der Peritonealhöhle wird hierbei das Operationsfeld öfters mit 1%iger Karbollösung abgespült.

In dem ersten Falle habe ich nach der Operation ein Drainagerohr zwischen die beiderseitigen Stümpfe der Ligamente eingelegt und nachher einige Male durch dasselbe ausgespült. In allen anderen dagegen wurde die Vagina mit Jodoformgaze austamponirt und zwar so, dass der Tampon möglichst hoch zwischen die Stümpfe der Lig. lat. hinaufreichte. Am besten legt man zuerst ein großes Stück Gaze beutelförmig ein und stopft dieses im Inneren mit kleinen Gazestücken voll; es erleichtert das auch sehr die Herausnahme. Ich halte es für wichtig, den Tampon 3—4 Tage liegen zu lassen; nimmt man denselben schon nach 24 Stunden heraus, um ihn zu wechseln, so reißt man leicht die Wunde wieder aus einander, da dieselbe mit der Gaze ganz fest verklebt. Selbst wenn etwas blutiges Sekret durchsickert, findet in dem Tampon keine gefährliche Zersetzung statt. Hierbei kommt es allerdings sehr darauf an, dass die Gaze gut aufsaugt und nicht hinter derselben Sekret stagnirt. Letzteres wird durch Brechneigung und Übelkeit, wenn diese länger als 24—36 Stunden post operationem andauern, angezeigt, so wie durch erhöhte Pulsfrequenz. Dann ist es geboten, den Tampon zu entfernen und die Vagina 3—4stündlich mit Karbollösung auszuspülen. Alle Operirte bekamen in den ersten Tagen 3—4mal täglich Opium. Nach Herausnahme des Tampon wird die Vagina 3mal täglich ausgespült.

Im Folgenden gebe ich einen kurzen Überblick über die operirten Fälle:

1) Frau H., 42 Jahre alt (9 Geburten), leidet seit einem halben Jahre an unregelmäßigen Blutungen ohne Schmerzen. Untersuchung: die Portio cervicalis ist durch ein 5markstückgroßes carcinomatöses Geschwür, welches auf die Scheidenschleimhaut übergreift, ganz zerstört. Uterus gut beweglich.

15. Februar 1884. Exstirpatio uteri totalis. Drainage. Abends Temp. 38,4, Puls 82.

16. Februar Morgens 39,0, Puls 82, Erbrechen, Ausspülen. Abends 38,9, vierstündliches Ausspülen.

17. Februar Morgens 38,0, Abends 38,9. Nach Stuhlgang Wohlbefinden, kein Erbrechen.

22. Februar Herausnahme des Drainagerohrs.

12. März geheilt entlassen.

28. Oktober 1885 Untersuchung: Scheidengewölbe vollständig frei. Die Frau giebt an, seit der Operation 16 Pfund zugenommen zu haben und sich sehr wohl zu fühlen.

Juni 1886. Die Frau befindet sich andauernd wohl.

2) Frau Hugo, 58 Jahre alt (5 Geburten) leidet seit ungefähr einem halben Jahre an starkem Ausfluss. Untersuchung: der Cervix ist ulcerirt, aus dem verdickten, ziemlich beweglichen Uterus fötider Ausfluss.

7. August 1884 Exstirpatio uteri totalis. Bei der Operation reißt die vom Carcinom ganz durchsetzte vordere Uteruswand beim Herabziehen quer durch, so dass sich jauchige Flüssigkeit über das Operationsfeld ergießt. Tamponade mit Jodoformgaze. Abends 36,9, Nachts Erbrechen.

8. August, Morgens 37,2, Abends 37,4, Puls 86, kein Erbrechen.

12. August Herausnahme des Tampon.

4. September geheilt entlassen. Pat. war schon mehrere Tage auf.

Januar 1886: Gemäß Erkundigung bei der Operirten befindet sich dieselbe ganz wohl.

3) M. B., 32 Jahre alt, Nullipara. Pat. leidet seit einiger Zeit an unregelmäßigen Blutungen ohne Schmerzen. Die Untersuchung ergiebt ein Carcinom an der hinteren Lippe, das bis ins Corpus dringt.

24. Oktober 1884 Exstirpatio uteri totalis. Ausstopfen der Vagina. Abends 37,4, Puls 100.

25. Oktober 38,0—38,4, Puls 100—120, Erbrechen.

26. Oktober Morgens 38,0, Puls 118. In der Nacht Erbrechen; Herausnahme des Tampon, Ausspülen, Abends 38,6, Puls 124. Es entwickelte sich eine Peritonitis mit geringer Temperaturerhöhung, einer Pulsfrequenz von 120—130 und zeitweise auftretendem Erbrechen und Diarrhoe. So zog sich der Zustand wochenlang hin, dann erholte sich Pat. langsam und wurde am 11. März 1885 geheilt entlassen.

Mai 1885: Großes Recidiv in der Narbe. Auslöffeln.

4) Frau B., 39 Jahre alt. Pat. hat seit ihrer letzten (2.) Niederkunft vor vier Monaten an Ausfluss gelitten. Bei ihrer Aufnahme in das Hospital besteht Parametritis. Nach Heilung derselben ergiebt die Untersuchung ein ulcerirtes Epitheliom der hinteren Lippe.

16. März 1885 Amputation der hinteren Lippe bis in den supravaginalen Theil hinein.

11. April geheilt entlassen.

Juni Recidiv. 10. Juni Exstirpatio uteri totalis. Ausstopfen der Vagina. Abends 36,7, Puls 84; kein Erbrechen.

11. Juni Morgens 38,3. In der Nacht Erbrechen, später nicht mehr. Abends 38,3.

16. Juni Herausnahme des Tampon. Vollständiges Wohlbefinden.

11. Juli geheilt entlassen.

22. November. Recidiv in der Narbe. Exstirpation desselben per vaginam. Die Peritonealhöhle wird hierbei wieder eröffnet. An der rechten Beckenwand fühlt man einen verdächtigen Strang nach oben ziehen.

Nach kurzer Zeit deutliches Recidiv im Becken. Entlassen.

5) Frau R., 40 Jahre alt, hat 4mal normal geboren und 4mal abortirt. Seit ungefähr einem Jahre traten unregelmäßige Blutungen auf. Zuletzt erfolgte nach dem vor 5 Wochen stattgehabten Abortus zweimal eine so profuse Blutung, dass Pat. fast verblutete. Die Blutung stand durch Tamponade.

18. Juli 1885. Untersuchung: Pat. ist äußerst anämisch. Die Inspektion ergiebt an der Portio cervicalis nur eine geringe katarrhalische Usur. Der Canalis cervicalis wird mit Hartgummistiften erweitert. Es tritt hierbei wieder eine Blutung ex utero ein. Nach bilateraler Spaltung des Cervix erblickt man direkt oberhalb des Orificium internum ein anscheinend carcinomatöses Geschwür, aus dem heraus eine arrodirte Arterie spritzt. Dieses ist wahrscheinlich auch die Quelle der beiden vorhergegangenen profusen Blutungen gewesen. Das Geschwür pflanzt sich an der hinteren Uteruswand nach oben fort. Nach provisorischer Umstechung des Gefäßes wird sofort die Totalexstirpation des Uterus vorgenommen. Das gänseeigroße, cystisch degenerirte linke Ovarium wird mit entfernt. Tamponade der Vagina. Temp. Abends 36,3.

22. Juli. Herausnahme des Tampon. Die höchste Temperatur war bis jetzt 38,1; höchste Pulsfrequenz 108. Erbrechen trat nur in den ersten 24 Stunden ein.

12. August geheilt entlassen. Pat. ist noch immer anämisch.

Im December Untersuchung: Pat. befindet sich wohl. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Uterus (Prof. Ribbert) bestätigte nicht die Diagnose auf carcinomatöses Geschwür. Es handelte sich hiernach vielmehr nur um eine gefäßreiche Wucherung der Placentarstelle (einen flachen Placentarpolypen). Klinisch war die Operation berechtigt durch die profusen Blutungen, welche energisches Vorgehen forderten. Andernfalls hätte man zum Zweck der Diagnose vorher ein Stückchen des Geschwürs zur mikroskopischen Untersuchung exstirpiren können.

6) Frau Backh., 32 Jahre alt, hat nach 6 normalen Geburten in den letzten

3 Jahren 3mal abortirt. Seit dem letzten Abortus vor 11 Wochen bestehen fortwährende Blutungen. Der Cervix ist von einem ulcerirten Carcinom ergriffen, das auf das Corpus übergeht.

15. Oktober 1885. Exstirpatio uteri totalis. Nach Wegnahme des Uterus fällt das Netz vor. Dasselbe wird möglichst reponirt. Ausstopfen der Vagina. Abends 37,5, Puls 84, mehrmals Erbrechen.

16. Oktober Morgens 37,5, Abends 38,7, Puls 88—108. Aufstoßen, Zunge feucht.

17. Oktober. 37,5—38,1, Puls 108—122. Herausnahme des Tampon.

In den nächsten Tagen hielt das Aufstoßen noch immer an und es trat zeitweilig Erbrechen ein. Dabei war die Temperatur normal und der Puls mäßig beschleunigt (100—112), das Abdomen nicht empfindlich. Dann trat ein Nachlass des Aufstoßens ein und am 5. November stand Pat. auf. Wahrscheinlich war die Brechneigung in diesem Falle von einer Zerrung des Netzes bedingt, das wohl im Becken an der Wunde adhärirte. Geheilt entlassen.

Aus den Krankengeschichten ergiebt sich, dass nur in einem Falle (No. 3) bedrohliche Erscheinungen nach der Operation aufgetreten sind. Der Tampon hatte wahrscheinlich das Sekret nicht gut aufgesogen und wäre besser früher entfernt worden. Im Ganzen sind diese 6 Fälle wieder ein Beleg dafür, dass die Exstirpatio uteri vaginalis als eine wenig gefährliche Operation angesehen werden muss. Die beiden ersten Fälle sind wohl als definitiv geheilt anzusehen; in zwei Fällen trat rasch ein Recidiv ein und in dem letzten lässt sich noch kein Urtheil abgeben. Operirt wurden nur solche Fälle, in denen die Parametrien ganz frei waren, die anderen wurden refüsirt.

---

## 1) **L. Maar** (Odense). Beitrag zur Beurtheilung des Werthes der Discisio colli uteri.

Odense, 1886, 265 S.

Verf. tritt entschieden für diese Operation ein und will dieselbe auch in den meisten Fällen statt der unblutigen Dilatation anwenden. Nur wenn man eine kurzdauernde aber bedeutende Dilatation des Cervikalkanales erreichen will, giebt er den Quellmitteln den Vorzug. Wenn man die Discision nach den vom Verf. angegebenen, im Original nachzusehenden Principien ausführt, soll die Discision immer völlig gefahrlos sein und man soll durch dieselbe fast immer seinen Zweck erreichen. Um diese Principe festzustellen und um überhaupt den Werth der Operation zu beurtheilen, resümirt Verf. auf den ersten 90 Seiten die Anatomie und Physiologie des Collum uteri. Selbst hat er sowohl an den der lebenden Frau, wie an den der Leiche entnommenen Gebärmüttern Messungen ausgeführt, um die Länge der verschiedenen Theile des Cervix, den Durchmesser des äußeren und inneren Muttermundes, der Dicke der Wand in den verschiedenen Abschnitten des Cervix etc. festzustellen und theilt die Resultate dieser Messungen in 2 Tabellen mit.

**Leopold Meyer** (Kopenhagen).

## 2) **Hofmeier** (Berlin). Zur Indikationsstellung der Operation bei Krebs der Gebärmutter.

(Berliner klin. Wochenschrift 1886. No. 6 u. 7.)

So nachdrücklich Verf. für die Berechtigung der Totalexstirpa- auftreten will, denen gegenüber, welche sie radikal verwerfen,

eben so entschieden glaubt er sich gegen die Ansicht erklären zu müssen, als ob sie das einzige operative Verfahren wären, welches Aussicht auf Erfolg biete. Er tritt mit großer Schärfe, wenn auch wohl nicht mit gleichem Glück für die partielle Exstirpation ein, indem er sich besonders gegen die Ausführungen von Düvelius und Brennecke wendet, ihre Statistik und ihre theoretischen Ausführungen bemängelt. Der Kasuistik seiner früheren Arbeit fügt er die inzwischen auf der Schröder'schen Klinik weiter operirten Fälle hinzu und giebt Nachrichten über das weitere Schicksal der früher Operirten. Die näheren Ausführungen müssen im Original eingesehen werden.

**Schellenberg** (Leipzig).

---

### 3) **Brennecke** (Sudenburg). Zur Indikationsstellung der Operation bei Krebs des Gebärmutterhalses.

(Berliner klin. Wochenschrift 1886. No. 17.)

Enthält im Wesentlichen eine Polemik und Vertheidigung gegen Hofmeier bezüglich dessen Aufsatz in No. 6 u. 7 der Berl. klin. Wochenschrift, worin die Arbeit B.'s in Bd. XII der Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynäk. mehrfach erwähnt wurde.

Verf. bleibt in der Hauptsache bei seiner Ansicht stehen und fasst sie zusammen in dem Schlusssatz: Wenn schon es nach Hofmeier's Mittheilungen als erwiesen gelten darf, dass eine größere Anzahl von Uteruscarcinomen, welche uns zur Behandlung kamen, mit gutem, d. h. bleibenden Erfolg mit der partiellen Exstirpation des Uterus behandelt werden kann, so ist es doch rationeller, unterschiedslos jedem Uteruscarcinom gegenüber, das überhaupt die Hoffnung auf radikale Ausrottung zulässt, nur die Totalexstirpation des Uterus in Frage kommen zu lassen mit Rücksicht darauf, dass die vaginale Totalexstirpation

a) die eventuell drohenden Gefahren des Uterusstumpfes in Wegfall kommen lässt;

b) die zweifellos große Garantie vor lokalen Recidiven bietet;

c) in Bezug auf Lebenssicherheit den partiellen Exstirpationen gegenüber mehr zu wünschen übrig lässt.

**Schellenberg** (Leipzig).

---

### 4) **Mundé.** Ovariotomie während akuter oder chronischer Peritonitis.

(New York med. journ. 1886. März 27. p. 362.)

Peritonitis kann bei Ovarialkystom veranlasst werden durch Entzündung und Absterben der Geschwulst oder durch Ruptur derselben und Erguss ihres Inhalts in die Bauchhöhle. Allerdings führt letzteres Ereignis nicht nothwendig und immer, aber doch häufig zur Peritonitis; wenn sich Zeichen der letzteren einstellen, ist es daher Pflicht des Operateurs, einzuschreiten. Die Diagnose der akuten Form ist leicht, wogegen die subakute und chronische Form leicht

zu verkennen ist, da sie schleichend und oft unter typhusähnlichen Erscheinungen auftritt. Eigentliche Fluktuation pflegt zu fehlen, der Leib fühlt sich meist anders an, als bei Ascites und Ovarialkystom, teigig und ähnlich wie bei Ödem der Bauchdecken. Bei der bimanuellen Untersuchung fühlt der geübte Diagnostiker nicht eine feste ausgesprochene Cyste, sondern eine schlaffe, teigige Masse in der Bauchhöhle, deren Ausdehnung je danach verschieden sein wird, wie lange Zeit die gesprengte Cyste zur Wiederanfüllung gehabt hat. In Betreff des einzuschlagenden Verfahrens bei der Operation selbst zieht M. die Drainage der genauen und sorgfältigen Reinigung der Bauchhöhle zur Entfernung des Cysteninhalts vor.

Selbst mit doppelseitiger Ovariotomie sind unter solchen Umständen noch mehrfach gute Resultate erzielt worden, während er selbst damit nur 50% Genesungen erzielt hat.

**Lühe** (Demmin).

---

5) **Vejas** (Corfu). Mittheilungen über den Puls und die vitale Lungenkapacität bei Schwangeren, Kreißenden und Wöchnerinnen.

(Sammlung klin. Vorträge No. 269.)

Verf. hat in der Münchner Frauenklinik Gelegenheit gehabt, über den Puls und die vitale Lungenkapacität bei Schwangeren, Kreißenden und Wöchnerinnen Beobachtungen anzustellen.

Was den Puls bei Schwangeren anbetrifft, so konnten keine besonderen Eigenthümlichkeiten nachgewiesen werden. Benutzt wurde der Sommerbrodt'sche Apparat. Die Zahl der Pulse betrug 72—66, niedrigere Zahlen sind selten. Die Pulskurven zeigen keinen konstanten Charakter. Dikrotie (Meyburg) ist nicht immer vorhanden. Eine Blutdrucksteigerung in der Schwangerschaft besteht in der Regel nicht. Die Pulse der Kreißenden sind in der 1. und 2. Periode dieselben wie bei Schwangeren; in der Eröffnungsperiode etwas vermehrt; in der Austreibungsperiode konnten keine brauchbaren Kurven gewonnen werden; in der Nachgeburtsperiode tritt eine bedeutende Verlangsamung des Pulses ein. Während der Wehenpause besteht eine mäßige Arterienwandspannung. Nach der Austreibung des Kindes zeigt die Pulskurve eine weiche Beschaffenheit. Die stärkere Spannung während der Wehe muss durch vorübergehende Absperrung der Uteringefäße oder durch nervösen Einfluss zu Stande kommen, wahrscheinlich durch die schmerzleitenden Fasern des Sympathicus. Die Pulszahl sinkt bis auf 50—44 herab; bei starkem Blutverlust kann sie auch steigen; dabei ist der Puls voll und weich.

Die Pulskurven im Wochenbett zeigen bei Multiparen eine stärkere Spannung als wie bei Erstentbundenen. Bei Fieber wurde der gespannte Puls weich. Diese Verhältnisse sind erstens zurückzuführen auf den Blutverlust bei der Geburt und auf die Transpiration; zweitens bleibt das Blut in den Kapillaren der Brust- und Unterleibsorgane, welche nach Entleerung des Uterus mehr Blut

fassen können. Vielleicht beruht hierauf auch der Schüttelfrost post partum.

Nach der Geburt macerirter Früchte tritt meistens eine Beschleunigung des Pulses ein, die mit der subfebrilen Temperatur in solchen Fällen zusammenhängt.

Für Pulsbeschleunigung prädisponiren Anämie, starker Blutverlust bei der Geburt, Phthisis, Subinvolutio uteri, fieberhafte Veränderungen an den Genitalien, mastitische Reizungen und schließlich psychische Momente.

Als Ursachen der Pulsverlangsamung wurden angenommen:

1) Veränderte Blutdruckverhältnisse (Blot, Marey, Meyburg). Die Pulsverlangsamung beruht weder auf Blutdrucksteigerung, noch Erniedrigung. Nach Schröder hat das Herz nicht mehr dieselbe Arbeit zu verrichten und kann dieselbe mit weniger Schlägen zu Stande bringen.

2) Resorption des Fettes des degenerirenden Uterus (Olshausen). Direkte Einführung von Fett in den Kreislauf bewirke eine bedeutende Verlangsamung (Rassmann). Dieser Grund sei nicht stichhaltig, da bei den Versuchen an Thieren bedeutend größere Mengen Fett eingeführt wurden, als vom degenerirenden Uterus producirt wird. Ferner wird beim Abort Verlangsamung beobachtet, obwohl der Uterus hier viel kleiner ist.

3) Innervationsstörungen (Löhlein); welche Nerven diese Verlangsamung hervorrufen, ist noch unentschieden.

4) Geistige und körperliche Ruhe bei horizontaler Lage (Fritsch); diese ist ohne Zweifel von Wichtigkeit, doch nicht die Hauptursache. Der Stoffwechsel bei Wöchnerinnen ist auch regerer, als es von Fritsch und Kleinwächter angenommen wurde.

Die vitale Lungenkapacität zeigt am Ende der Gravidität keine Veränderungen; sie schwankt zwischen 2700—3000 ccm. Bei schlaffen Bauchdecken ist dieselbe größer; bei Erstgeschwängerten ist sie etwas niedriger als bei Mehrgeschwängerten. Während der Geburt nimmt die vitale Kapacität etwas ab. Im Wochenbett ist dieselbe am 2. Tage herabgesetzt, um am 3. oder 4. Tage wieder zu steigen. Es ist höchst wahrscheinlich, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen Pulsverlangsamung und Zunahme der vitalen Lungenkapacität besteht.

**Heilbrun** (Kassel).

---

## 6) **Pawlik** (Wien). Über die Harnleitersondirung beim Weibe.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. XXXIII. Hft. 3.)

Zur Erforschung der Nierenkrankheiten ist in der neuesten Zeit die Sondirung eventuell die Abklemmung eines Ureters eingeführt worden. Man wollte den Harn jedes Ureters getrennt auffangen, um einen Schluss auf das Erkranktsein der einen oder anderen Niere machen zu können. Der Erste, der auf diese Idee kam, war Tuchmann, der ein Instrument zur Kompression des Harnleiters angab.

Bei entleerter Blase suchte er die Mündung des einen Ureters zu komprimiren und konnte so den Harn des anderen Ureters gewinnen. Auf ähnlichem Princip beruht Silbermann's Harnleiterkompressor. Er sucht den Harnleiter mittels einer in der Blase mit Quecksilber ausgedehnten Blase zu komprimiren. (Ob jedes Mal die Kugel den Ureter trifft, ist nach Versuchen, die Ref. von Silbermann selbst ausführen sah, zweifelhaft. Ref.)

Hegar will den Ureter direkt aufsuchen und zum Zweck der Untersuchung unterbinden.

Zahlreiche Instrumente sind nachher noch angegeben worden, ohne dass sie ihren Zweck vollkommen und tadellos erfüllten. Anführen möchte ich noch die Methode der Beleuchtung der Blase, welche Grünfeld angegeben hat.

P. hat nun eine Methode angegeben, die am besten und sichersten zum Ziele führt. Er kam darauf bei einer Kranken, bei der er wegen Carcinom die Portio entfernt hatte. Es hatte sich eine rechte Ureter-Vaginalfistel gebildet, die für eine Sonde durchgängig war. Um diese zu schließen, führte er von der Vagina aus in den oberen Theil des Uterus einen dünnen elastischen Katheter, dessen unteres Ende er dann von der Fistel aus in die Blase einführte und durch die Harnröhre hervorzog. Über diesem Katheter wurde die Fistel geschlossen. Da dieselbe nicht heilte, so führte er direkt von der Harnröhre aus eine Metallsonde durch Blase in den Ureter. Diese Versuche wurden dann auf den gesunden Ureter ausgedehnt. P. konstruirte dann einen Ureterenkatheter, auf dessen genauere Beschreibung wir hier verzichten müssen. Derselbe ist wohl schon öfters abgebildet worden. Um elastische Katheter einzuführen, benutzt er eine Metallhülse, in der der elastische Katheter mit Mandrin liegt. Ist das Ganze applicirt, so werden zuerst Hülse, dann Mandrin sorfältig entfernt. Jedoch ist der Gebrauch der Metallkatheter vorzuziehen, da der elastische rissig wird und sich beim längeren Liegen mit Salzen inkrustirt, die dann beim Entfernen Schleimhautverletzungen erzeugen. Die weiteren Versuche wurden in Knie-Ellbogenlage der Pat. ausgeführt. Dabei fand P., als Luft aus der Blase entwich, eine Hervorwölbung der vorderen Vaginalwand, welche deutlich Furchen zeigte, die dem Trigonum Lieutaudii entspricht. Diese Furchen leiteten ihn leicht auf die Uretermündungen in der Blase.

Die Sondirung in der Steinschnittlage ist schwieriger, gelingt aber mit einiger Übung. Dieselbe hat viele äußere Vortheile vor der Knie-Ellbogenlage, bei der die Dauer die Pat. ermüdet und überhaupt die Procedur ein gefährlicheres Aussehen hat, als es der Fall ist.

Zur Spannung der vorderen Vaginalwand benutzt P. ein Simonsches Speculum, jedoch darf dasselbe weder zu groß noch zu klein sein, da sonst unangenehme Verzerrungen entstehen. Namentlich bei zu großem Speculum verschwindet die wichtige Furchen-

zeichnung. Am besten eignen sich zur Untersuchung die mäßig gefüllten Blasen; bei der entleerten entstehen Falten und Buchten, in denen sich der Katheter fängt, bei zu starker Füllung werden die Mündungen der Harnleiter verstrichen. Am besten ist es, die Blase zu entleeren und dann mit 150—200 ccm lauem Wasser zu füllen. Hat man den Katheter eingeführt, so hebt man den Griff desselben, um die Spitze auf die Blasenwand zu legen. Dann schiebt man den Katheter langsam vorwärts entlang den Vaginalfurchen bis an die Uretermündung. Dass man eingedrungen ist, fühlt man sofort an dem Wegfall des Widerstandes der Blasenwand. Den eingeführten Katheter kann man eine Strecke weit verschieben, bis an die hintere Beckenwand. Schwieriger ist es, denselben bis in das Nierenbecken hinaufzubringen; da die Harnröhre das Senken des Griffs verhindert. Am leichtesten gelingt dies bei Blasenscheidenfisteln. Sollten durch die Manipulation Schmerzen hervorgerufen werden, so könnte man Morphium- oder Cocaineinspritzungen in die Blase in Anwendung bringen. Eine Reihe von Abbildungen illustriren aufs deutlichste die normale Lage und die Verlagerungen der Harnleitermündungen, durch welche letztere der Katheterismus erschwert, vielleicht auch unmöglich gemacht wird. **Heilbrun** (Kassel).

---

### 7) **Sänger** (Leipzig). Über Tastung der Harnleiter beim Weibe.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVIII. Hft. 1.)

Im Anschluss an Pawlik's Arbeit möchte ich die Aufmerksamkeit lenken auf S.'s neueste Publikation. Es ist Sänger gelungen, nicht allein erkrankte, sondern auch gesunde Ureteren in der Vagina bis ins Parametrium hinauf abzutasten.

In einer Anzahl von Fällen, deren genaue Krankengeschichte mitgetheilt wird, konnte er durch Fühlung der verdickten, entzündeten Harnleiter die Diagnose auf Erkrankung der Harnleiter resp. Nieren stellen. Die Tastung normaler Harnleiter gelingt am besten bei Schwangeren; unter 10 Fällen wurden dieselben 8mal deutlich gefühlt. Bei Wöchnerinnen fiel das Resultat negativ aus. Die leichte Tastbarkeit bei Graviden beruht theils auf Hypertrophie, theils darauf, dass man die Ureteren gegen den vorliegenden Kopf andrücken kann. Injektion der Harnleiter an Leichen ergaben den gleichen Befund wie an Lebenden. Die Harnleiter laufen »in einem nach außen und vorn konvexen Bogen vom Trigonum aufwärts«. Die präparirten Harnleiter waren kleinfingerdick; an der Einmündung in die Blase zeigten sie einen Durchmesser von 3 mm. Der seitliche Verlauf der Harnleiter zeigte Schwankungen; eine S-förmige Biegung konnte nie nachgewiesen werden. Die Tastung erstreckt sich bloß auf den Pars pelvina, von der Einmündungsstelle in die Blase bis zur Basis des Lig. lat. (= 6—7 cm). Was die Technik betrifft,

so geht man mit dem Zeigefinger bis zur Einmündung der Harnröhre in den Blasenhals und dringt bis zur Kuppe des vorderen Vaginalgewölbes vor, eine Entfernung, die 2,5 cm beträgt. Diesen Raum bestreicht man in der Richtung gegen das Parametrium. Am besten fühlt man dann die verdickten oder gespannten Ureteren, aber auch die normalen wird man finden, namentlich wenn man sie gegen eine Unterlage andrücken kann. Die Harnleiter lassen sich verschieben, wenn auch in bestimmten Grenzen. Eine Verwechslung mit Arterien, Narbensträngen ist möglich. S. hat ausschließlich den rechten Harnleiter gefühlt. Besonders deutlich werden die Ureteren zu fühlen sein bei Blutansammlungen, Hydrometer mit Hydronephrose, Uretritis, Periuretritis, Konkrementen, Tuberkulose der Harnleiter, Neubildungen, einseitiger Verdoppelung des Ureter. Durch Tastung der Harnleiter werden bei Operationen ihre Verletzungen vermieden. Bei Nephrektomien sollte die Palpation der Ureteren nie vernachlässigt werden. Durch S.'s Methode der Tastung ist die von Hegar angegebene Umstechung eines Ureters zu diagnostischen Zwecken sehr erleichtert worden. Aus dem Mitgetheilten geht hervor, dass die Tastung der Harnleiter eine große Errungenschaft auf dem Gebiete der Erkrankungen der Harnorgane bedeutet.

**Heilbrun** (Kassel).

---

8) **Bernardy.** Der Werth des Quecksilberbijodids als Antisepticum in der Geburtshilfe.

(Journ. of the amer. med. association 1886. April 17. p. 422.)

Seit seiner ersten Publikation über das Mittel hat B. mehrere Fälle erlebt, in welchen die ausgezeichnet antiseptischen Eigenschaften des Quecksilberbijodids sich aufs glänzende bewährten. Eben dasselbe haben auch andere Ärzte, z. B. Haynes zu bestätigen, Letzterer lobt es zumal auch als Waschmittel. B. hat sich Quecksilberjodid und Jodkalium zusammenpulvern und in Tabletform komprimiren lassen. Er benutzt solche in mehreren Größen, so dass er mit Zusatz einer Pinte heißen Wassers sich Lösungen von 1 : 4000, 1 : 8000 und 1 : 15 000 herstellen kann. Gewöhnlich benutzt er die erstere. Haynes bedient sich einer Lösung von Quecksilberjodid mit Jodkalium, womit er sich dann beliebig starke Lösungen herstellen kann, zur Desinfektion septisch inficirter Hände bedient er sich einer Lösung von 1 : 500, wobei er seine Hände durch nachherige Einreibung mit Glycerin schützt. Es ist nicht zu leugnen, dass die trockne Form vorzuziehen wäre, vielleicht wäre eine solche ähnlich Helferich's Sublimatbäuschchen zu erreichen.

**Lühe** (Demmin).

---

## Kasuistik.

9) Krankenhausberichte.

**a. v. Lukowicz (Breslau). Bericht aus der königl. Frauenklinik zu Breslau.**

(Breslauer ärztl. Zeitschrift 1886. No. 9.)

In einem Zeitraum von $2^1/_2$ Jahren (1. Oktober 1883 bis 1. April 1886) fanden 1154 Entbindungen statt, darunter 7 Aborte und 13 Zwillingsgeburten. Von 1160 Kindern wurden 1068 gesund entlassen. Diagnosticirt wurden 1086 Hinterhauptslagen, 4 Stirnlagen, 10 Gesichtslagen, 2 Vorderscheitellagen, 1 hintere Scheitelbeineinstellung, 21 Querlagen, 2 Schulterlagen, 24 Steißlagen, 10 Fußlagen. Operirt wurde 167mal an 150 Kreißenden: 73 Zangen, 35 Wendungen, 20 Extraktionen, 12 Perforationen, 1 Embryotomie, 3 Sectiones caesar., 1 Accouch. forcé (sub fin. vitae, Eklampsie), 4 Placentarlösungen, 3 Curettement bei Aborten, 14 künstliche Frühgeburten, 1 künstlicher Abort.

Von den 14 künstlichen Frühgeburten starb 1 an Uterusruptur, 12 machten ein normales Wochenbett durch, bloß 1 zeigte 1mal eine Temperatur von 39,8. Von den Kindern starben 6 intra partum; 2 (Zwillinge) am 2. Tage.

Der künstliche Abort wurde bei einer im 5. Monat Schwangeren eingeleitet, welche in Folge starken Auftreibens des Abdomens an Dyspnoe litt. Es fand sich ein Dermoid der Placenta; dieselbe wog $9^1/_2$ Pfund. Von den 1154 Frauen starben 10; 5 an Eklampsie, 1 an Herzfehler (intra partum), 1 an Ruptura uteri, 1 an Phthisis, 2 an Puerperalfieber. Letztere Fälle sind genauer mitgetheilt. 940 (83%) Wöchnerinnen hatten nie Temperatursteigerung, 1084 (94,8%) hatten Morgens nie Temperatursteigerung; nur eine Temperatursteigerung hatten 101 Wöchnerin, so dass nur 8% ein 2- oder mehrtägiges Fieber zeigten. Es wurden beobachtet Endometritis 7mal, Parametritis 16mal, Kolpitis 10mal.

Die Antisepsis ist seit den letzten $2^1/_2$ Jahren stets mit Sublimat ausgeführt worden, zur Vaginalausspülung 1 : 2000, zum Waschen der Hände 1 : 1000. Im Wochenbett geschieht nichts, bloß bei Dammrissen und Fieber werden Vaginalausspülungen (1 : 2000) gemacht.

Uterusausspülungen mit 4—6 Liter (1 : 2000) bei Temperatur von 39,5 und übelriechenden Lochien. Nach jeder Ausspülung 2,0 Secale. Tödliche Sublimatvergiftungen sind nie beobachtet worden, bloß 7 leichtere Intoxikationen, die jedoch bald schwanden.

**Heilbrun** (Kassel).

**b. Skutsch. Bericht über die Thätigkeit in der geburtshilflichen Klinik zu Jena 1885.**

(Korrespondenzblatt des ärztl. Vereins von Thüringen 1886.)

I. Geburtshilfe.

Es fanden in der Klinik 122 Geburten mit 123 Kindern (1mal Zwillinge) statt; 68 Knaben, 55 Mädchen; 9 Kinder todtgeboren; 6mal Beckenendlagen, 1mal Querlage, 1mal Vorderscheitellage, die übrigen in normaler Kopflage. Operationen wurden ausgeführt: Zange 14mal (1mal bei hochstehendem Kopf), Extraktion am Fuß 1mal, Wendung (Zange am nachfolgenden Kopf) 1mal, Perforation 1mal, künstliche Frühgeburt 4mal, Eihautentfernung 3mal, Dammrisse kamen 20mal vor (13 bei Iparis, 7 bei Multiparis). 7 pathologische Geburten sind näher beschrieben. Von den 122 Wöchnerinnen starb 1 (0,8%) in Folge von Sublimatvergiftung; 19jährige Ipara, welche spontan entbunden war, erhielt wegen putrider Lochien Uterusausspülungen (1 : 5000). Merkurialismus, Erbrechen, unstillbare Diarrhoen, Collaps. Die Sektion zeigte Darmgeschwüre, namentlich im Dickdarm.

Ernstere Puerperalerkrankungen wurden 6 beobachtet, welche sämmtlich genasen; leichtere 15.

In der Poliklinik 40 Geburten: 8mal Forceps (1mal bei hochstehendem Kopf wegen Tetanus uteri und Vorfall der Nabelschnur), 2mal Gesichtslagen (1mal in Schädellage manuell umgewandelt), 1mal Perforation und Kranioklasie, 5mal Beckenendlagen, 5mal Querlagen (1mal Embryotomie), 3 Aborte und 8 Nachgeburtsstörungen.

Eine Wöchnerin starb an Eklampsie im Wochenbett. (Sektion: Nephritis und Befunde der Milzbrandinfektion.)

Bei allen Geburten wird die strengste Antisepsis gehandhabt. Als Desinficiens wird vorzugsweise Sublimat (1 : 5000) benutzt, bloß beim Hebammenunterricht Karbolsäure.

Secale wird bloß dann gegeben, wenn die Vollendung der Geburt in den Händen des Arztes lag.

Beim Dammschutz wird ein Rollkissen unter die Lendenwirbelsäule gelegt, um der austreibenden Kraft die Richtung von vorn gegen die Vulva zu geben. Der Kopf wird am zu raschen Durchschneiden verhindert. Seitliche Incisionen wurden selten gemacht, da sie, eben so wie ein Dammriss, genäht werden müssen.

Die Nachgeburtsperiode wird nach Credé gehandhabt; es wird bloß die vordere Uteruswand gegen die hintere gedrückt, nicht der Uterus abwärts ins Becken.

Zu allen Zangenextraktionen wird die Busch'sche Zange benutzt, die Achsenzugzangen verworfen. Zur Perforation das Perforatorium von Pajot und der Kranioklast.

Bei Steißlagen wird so lange als möglich gewartet. Zur Wiederbelebung der Neugeborenen werden die Schultze'schen Schwingungen ausgeführt. Eine Behandlung im Wochenbett findet bloß dann statt, wenn Fieber oder sonstige Zeichen dazu auffordern.

Der Nabelschnurrest des Neugeborenen wird einfach in trockene Salicylwatte eingepackt.

II. Gynäkologie.

Die Jenenser Klinik ist in Folge ihrer Räumlichkeiten in der glücklichen Lage, auch die leichteren Erkrankungen auf die Station aufzunehmen und so genauer zu beobachten und für den klinischen Unterricht zu verwerthen. Es fanden 302 Aufnahmen statt. Die einzelnen Erkrankungen und Operationen sind genau aufgezählt. Wir müssen auf eine Wiedergabe verzichten.

Die Reposition der Retroflexio wird ausschließlich bimanuell ausgeführt; die Sonde wird niemals angewendet. Bei Adhäsionen geschieht die Reposition in Narkose. Am meisten werden die Schultze'schen Achterpessarien verwendet; in einzelnen Fällen auch die Thomas'schen. Da das Drahtgummipessar oft reißt, so wird es durch ein Celluloidpessar ersetzt.

Auch der Uterusprolaps wird mit dem Pessar (Schlittenpessar) behandelt. Erst wenn diese Behandlung nichts nützt, wird zur Operation geschritten.

Der chronische Uteruskatarrh wird mit antiseptischen Ausspülungen (Schultze) behandelt. Zur eventuellen Dilatation wird Laminaria benutzt.

Lacerationsektropium wird durch die Emmet'sche Operation beseitigt.

Die Perineoplastik nach Simon.

Bei atypischen Blutungen wird der Uterus zur sicheren Stellung der Diagnose mit dem Finger nach vorhergehender Erweiterung genau abgetastet. Kleine Tumoren (Adenome) werden mit den Schultze'schen Löffelzangen entfernt; die Schleimhaut mit dem scharfen Löffel ausgekratzt.

Bei Carcinom, welches sich noch vollkommen auf die Portio beschränkt, wird die hohe Amputation gemacht, sonst die Totalexstirpation.

Laparotomien werden nach den bekannten allgemeinen Grundsätzen der Antisepsis ausgeführt.

Den Schluss der Arbeit bildet eine Tabelle über die wichtigsten größeren Peritonealoperationen. **Heilbrun (Kassel).**

### c. C. v. Rokitansky (Wien). Ärztlicher Bericht des Maria-Theresien-Hospitales in Wien vom Jahre 1885.

(Wiener med. Presse 1886. No. 5 u. 6.)

1885 wurden 125 Kranke aufgenommen, 119 Operationen.

Episiotom. bil. 1, Abtragung von Condylom. ac. mit Schere 1, Exstirpation einer Bartholin'schen Cyste 1, Exstirpation eines Fibrosarkom der rechten großen

Schamlippe 1, Zerstörung von Karunkeln der Urethralmündung mit Thermokauter 1, Excision von derlei Karunkeln mit Schere und Verschorfung mit Thermokauter 1, Exstirpation eines Urethracarciom 1, Ausschneidung des Hymen 1, Kolpoperineorrhaphie 12, Colporrhaphia a. 13, Excision einer Schleimhautfalte der vorderen Wand 1, — mit Hilfe der Klemme 1, — mittels der Klemme an der hinteren Vaginalwand 2, Colporrhaphia post. 3, Rectovaginalfisteloperation 1, Procto-Kolpoperineoplastik 1, Extraktion eines Blasensteines 1, Hysterostomatomie 5, Hämatometra 2, — et Haematocolpos 1, Keilexcision der vorderen Lippe 1, Amputat. der vorderen Lippe mit Messer wegen Hypertroph. und Carcin. je 1, Amputat. der Vaginalportion wegen Carcin. mit Schere 2, — mit Galvanokaustik 5, hypertrophische Vaginalportion mit Galvanokaustik 1, Carcin. port. vag. mit Thermokauter 2, kon. Excision eines 3,5 cm langen Stückes aus dem Cervix wegen Hypertrophie 1, supravaginale Amputat. des Cervix wegen Carcin., Schere und Thermokauter 1, — mit Thermokauter 3, — mit Galvanokaustik 1, — wegen papill. Wucherungen mit Thermokauter 1, — wegen Metrit. chr. und papill. Wucherungen, Thermokauter 1, Excochleation, Thermokauter wegen Carcin. cervicis 8, — wegen Carcin. corporis 2, Excochleation wegen Endometritis chr. und Blutungen 12, — wegen Adenom. 1, prolabirtes Myofibroma uteri mit Galvanokaustik entfernt 1, — enukleirt 1, mit Schere 1, Punktion einer Ovariencyste 1, — wegen Ascites 12, Ovariotomie 5, Laparohysterotomie 2, Probeincision bei abgesacktem Ascites 1.

Bei den Laparohysterotomien (in beiden Fällen Myofibroma uteri) und den Ovariotomien in allen Fällen fieberloser Verlauf und Heilung.

Im ganzen Jahre starb nur 1 Pat. an Peritonitis purul. diffusa, bei welcher wegen Carcinom der Portio und Cervixschleimhaut die supravaginale Amputation galvanokaustisch vorgenommen und dabei das Cavum Douglasi eröffnet wurde.

**Felsenreich** (Wien).

10) **Malcolm McLean** (New York). Behandlung der Placenta praevia.

(Amer. journ. of obstetr. 1886. März. p. 225.)

Der Verf. bespricht in einer lesenswerthen Abhandlung die verschiedenen Methoden der Behandlung. Er ist sehr eingenommen für den Barnes'schen Dilatator, bemerkt jedoch, dass demselben Mängel anhaften, die seinen Gebrauch erschweren. Er hat desshalb verschiedene Modifikationen des Instrumentes ersonnen, die dasselbe geeigneter machen sollen, seine Indikationen wirklich zu erfüllen. Zunächst verwirft er die kleine Tasche, welche an dem Dilatator behufs der Einführung angebracht ist, als ein Receptaculum für septische Stoffe. Er hat dieselbe daher in Wegfall bringen lassen und dafür das eine Ende der Gummiblase verstärkt, so dass er den Druck auszuhalten vermag, welchen der behufs Einführung in das Innere gebrachte Stab ausübt. Die wesentliche Modifikation jedoch besteht darin, dass er das ganze Instrument, Blase und Gummirohr doppelt anfertigen lässt. Zunächst wird die eine Seite aufgeblasen, hat sich der Muttermund hinlänglich erweitert, so dass nun ein größeres Instrument eingeführt werden müsste, wobei neben der Schwierigkeit die dabei entstehende Blutung lästig sein könnte, so genügt es hier einfach, die zweite Hälfte aufzublasen, um die gewünschte Ausdehnung zu erreichen. M. fasst seine Ansicht über die Behandlung der Placenta praevia in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die Anwendung von Stypticis ist stets zu vermeiden — sie sind nutzlos und erschweren spätere Eingriffe. Absolute Ruhe und manchmal ein Opiat ist Alles was im Beginn Noth thut.

2) So früh wie möglich muss Frühgeburt eingeleitet werden. Ist die Geburt im Gange, so muss der Geburtshelfer die Kranke aufs sorgfältigste überwachen.

3) Bei Erstgebärenden und Frauen mit rigiden Geweben ist es rathsam, die Scheide entweder mit dem Kolpeurynter oder Tampon zu erweitern.

4) In den meisten Fällen, besonders wenn es sich um die Nothwendigkeit einer raschen Beendigung der Geburt handelt, empfiehlt es sich, den Dilatator von Barnes anzuwenden. Der kontinuirliche hydrostatische Druck desselben erweitert sicherer den Muttermund, als der Druck des vorliegenden Theiles.

5) Bei lateraler Insertion ist der Handgriff nach Braxton Hicks vorzu-

ziehen, vorausgesetzt, dass nicht der Kopf vorliegt. In letzterem Falle muss die Blase gesprengt und der Kopf herabgeleitet werden.

6) Meistens ist die Wendung auf den Fuß der Zange vorzuziehen. ?

7) In einzelnen Fällen, wenn passende Assistenz mangelt, ist es gestattet, zum Scheidentampon seine Zuflucht zu nehmen.

8) Bei richtiger Anwendung ist die Gefahr einer Infektion beim Dilatator so gering, dass dieselbe gegenüber dem großen Nutzen desselben nicht in Betracht kommen kann.

9) Wenn irgend möglich, sollte Dilatation und Geburt so langsam wie möglich vor sich gehen, um jede Einrisse zu vermeiden.

10) Die größte Sorgfalt ist gerade hier darauf zu verwenden, jede mögliche Infektion zu vermeiden.

Die größte Reinlichkeit, noch mehr als die Anwendung der Antisepticis ohne dieselbe, muss wie überall in der Geburtshilfe, so ganz besonders hier beobachtet werden. **Engelmann** (Kreuznach).

## 11) William Lusk (New York). Fall von extra-uteriner Schwangerschaft. Ausstoßung der Frucht durch das hintere Scheidengewölbe. Heilung.

(Amer. journ. of obstetr. 1886. März. p. 242.)

Der Fall betrifft eine 32jährige IIIpara. Das letzte Kind war vor 3 Jahren geboren, dabei starke Lacerationen des Cervix, welche operirt wurden. Die Menses traten alle 2—3 Wochen auf und dauerten 3—4 Tage bis zur 'Aufnahme in die Klinik, die wegen heftigen Schmerzen und Collapserscheinungen erfolgte. Hier wurde folgender Befund konstatirt. In dem Douglas ein prall gefüllter fluktuirender Tumor, welcher den Uterus nach oben verdrängt. Es wird Hämatocele diagnosticirt und diese Annahme scheint durch das Resultat einer Punktion mittels des Aspirators, welcher reines Blut ergiebt, bestätigt zu werden. Da jedoch der Tumor an Umfang zunimmt, der Uterus leer, 3 Zoll lang, frei beweglich sich zeigt und deutliche Pulsation der Vaginalgefäße konstatirt wird, so nimmt L. extra-uterine Schwangerschaft an. Eine wiederholte Aspiration ergiebt klare Flüssigkeit, welche kein Fibrin, wenig Albumin, einige Leukocyten und beträchtliche Mengen Epithelialzellen enthält. Es wird einige Zeit der faradische Strom angewandt, diese Behandlung jedoch unterbrochen, da Fieber, Diarrhoen, heftige Schmerzen sich zeigen. Einige Zeit dauert der Zustand in gleicher Weise an, dann stellt sich ein Hervorwölben der Geschwulst im hinteren Scheidengewölbe ein, dieselbe reißt ein und durch den Einriss wird ein Fötus, 7 Zoll lang mit einer 8 Zoll langen Nabelschnur herausbefördert. Derselbe war theilweise faul und verbreitete einen stark fauligen Geruch. Die Placenta wird stückweise entleert. Die Wände der Höhle sind dick und überall glatt, mit Ausnahme der Insertionsstelle der Placenta. Keine Blutung. Ausspülen des Sackes mit Karbolsäurelösung. Langsame Heilung.

**Engelmann** (Kreuznach).

## 12) Egbert H. Grandin (New York). Ein dunkler Fall von Bauchschwangerschaft mit Bemerkungen über rechtzeitige Diagnose und Behandlung.

(Amer. journ. of obstetr. 1886. März. p. 244.)

G. knüpft an die Mittheilung eines interessanten Falles eine Besprechung der Diagnose in solchen Fällen vorgeschrittener abdomineller Schwangerschaft, in welchen die kombinirte Untersuchung ein Eingehen mit der Sonde in die Uterushöhle zu verbieten scheint. Die Hauptzeichen, auf welche in Fällen von vorgeschrittener Bauchschwangerschaft die Diagnose sich stützt, sind 1) unregelmäßige Blutungen; 2) intermittirende wehenartige Schmerzen; 3) Ausstoßung der Decidua. Das erste dieser Zeichen ist sehr trügerisch und nur in Verbindung mit den anderen verwerthbar. Das zweite sicher, wenn es längere Zeit von dem Arzt beobachtet werden kann, das dritte sehr werthvoll, doch nur, wenn der Arzt selbst die Membran zu Gesicht bekommt, was selten genug passirt. Eben so lassen die

in den Handbüchern angegebenen physikalischen Zeichen häufig in Stich. Dagegen giebt es zwei Symptome, die wenig Beachtung gefunden haben und welche doch die differentielle Diagnose sichern. Das erste dieser Symptome ist das Uteringeräusch, welches nur bei uteriner Schwangerschaft vorhanden, das zweite bedeutend wichtigere besteht in den periodischen Kontraktionen des Uterus, welches, wenn vorhanden, mit Sicherheit auf eine normale Schwangerschaft hinweist. Dieselben können bei keinem anderen mit Schwangerschaft zu verwechselnden Zustand vorkommen, mit Ausnahme vielleicht von Tubal- und Intestinalschwangerschaften. Besteht dennoch Schwangerschaft, doch unbestimmt ob intra- oder extraperitoneal, so können wir, wenn durch Reibung des Abdomen keine intermittirenden Kontraktionen hervorgerufen werden können, ohne Bedenken zur Sonde greifen, um die Diagnose sicher zu stellen. Wie wichtig dies in manchen Fällen sein kann, zeigt der nachstehende Fall. Die Kranke kam zur Klinik, um zu erfahren, ob sie schwanger sei oder nicht. Sie ist 28 Jahre alt, seit 2 Jahren verheirathet, keine Kinder, kein Abortus. Seit 8 Monaten wartet sie auf die Entbindung, hat deutlich Kindsbewegungen gefühlt; die Menses sind regelmäßig, doch schwächer als gewöhnlich, zuweilen auch stark. Allgemeinbefinden gut, doch ist die Kranke abgemagert. Bei der Untersuchung des Unterleibes lassen sich kleine Theile fühlen, nach links oberhalb der Spin. ant. sup. eine rundliche Geschwulst, welche für die Schulter angesprochen wird. Kopf oder Steiß nicht zu fühlen; keine Kindsbewegungen, keine Herztöne. Durch das Scheidengewölbe ist eine elastische, schwach fluktuirende Masse zu fühlen. Der Uterus trotz aller Mühe nicht von der Bauchgeschwulst zu differenziren. In der Brust große Mengen Kolostrum. Nach diesem Befund stellte G. die Diagnose auf gewöhnliche Schwangerschaft im 9. Monat. 2 Monate später sah G. die Kranke wieder. 4 Wochen zuvor waren heftige Wehen eingetreten, begleitet von starker Blutung, allmählich hatten erstere nachgelassen und waren dann ganz geschwunden. Bei der Untersuchung fand sich, dass die Bauchgeschwulst bedeutend kleiner geworden war, hart und fest. Das vordere und hintere Scheidengewölbe mit Exsudatmassen angefüllt. Die Sonde dringt $2^1/_2$ Zoll ein, in der Richtung, in welcher die früher als Schulter angesprochene Geschwulst liegt. Es handelt sich also um Peritonitis und Cellulitis in Folge der Ruptur des Sackes einer Extra-uterin-Schwangerschaft. Es wird ein Einschnitt durch die hintere Vaginalwand gemacht und ein ganzes Quart stinkenden Eiters entleert. Durch die Öffnung lässt sich kein Kindestheil fühlen. Pat. stirbt an Erschöpfung. Autopsie verweigert, doch lassen einige Fötalknochen, durch die Incisionsöffnung entfernt, keinen Zweifel über die Richtigkeit der Diagnose. **Engelmann** (Kreuznach).

### 13) Tetanus puerperalis.

(Revue clinique hebdomadaire. — Gaz. des hôp. 1886. No. 4.)

Auf der Klinik von Jaccoud wurde bei einer IVpara im Anschluss an einen vor 6 Tagen erfolgten, gut verlaufenen Abort mit Trismus beginnender, ausgesprochener, mit typischen tonischen Krämpfen einhergehender, trotz großer, bis 13 g Chloral pro die steigender Dosen am 5. Tage tödlich verlaufender Fall von Tetanus beobachtet, der bei Abwesenheit jeglicher anderer Ätiologie als puerperalis bezeichnet werden muss.

Nach den Angaben eines Arztes aus Calcutta, wo der Tetanus sehr häufig, nimmt der puerperale in der ätiologischen Häufigkeitsscala die 3. Reihe ein, indem von 121 traumatischen Tetanusfällen die größte Zahl sich an Extremitätenwunden anschloss, sodann folgten Verletzungen des Gesichts und endlich in 29 Fällen Puerperien.

Die weiteren theoretischen Deduktionen bieten nichts Neues.

**Hadra** (Berlin).

### 14) Péan. Totalexstirpation des Uterus in einzelnen Fällen von Fibroiden und Carcinomen mit Hilfe der Zerstückelung des Tumors.

(Gaz. des hôp. 1886. Januar 21. No. 9.)

P. dehnt die vaginale Totalexstirpation auch auf eine Anzahl von Fällen obiger Art, in denen sie auf bekanntem typischen Wege wegen der Größe der Tumoren

(intramuraler Fibroide, großer maligner Neubildung) nicht mehr möglich ist, aus und hat dieselbe dabei mehrfach mit günstigem Erfolge ausgeführt.

Bei intramuralen Fibroiden, z. B. von Kindskopfgröße, löst er erst den Cervix aus, macht dann seitliche Incisionen, um an den Tumor eventuell selbst zu gelangen, eröffnet das Peritoneum, unterbindet seitlich und verkleinert nun durch mehrfache Einschnitte mit Schere und Messer das Fibrom von innen her so weit, bis er den Uterus völlig herausziehen und die Lig. lat. unterbinden kann. Blutung fürchtet er nicht, bekämpft sie beim Einschneiden des Tumors durch seine Zangen. In Fällen enger Scheide z. B. bei einer 55jährigen Virgo dilatirte er blutig einige Tage vorher.

Bei sehr brüchiger zerreißlicher Uterussubstanz bei Carcinom entfernt er Alles auf diesem Wege Erreichbare mit scharfem Löffel und Glüheisen, so dass er den dadurch verkleinerten Uterus in typischer Weise entfernen kann. Falls er bei weiterem Übergange des Tumors in die Lig. lata die definitive Blutstillung durch Glüheisen oder Unterbindung etc. nicht effektuiren kann, lässt er seine langen Zangen einige Tage an den Gefäßen liegen.

(Es stellt allerdings diese weitere Indikationsstellung für die vaginale Totalexstirpation einen Fortschritt dar. Dass ein so geübter Techniker wie P. damit gute Erfolge erzielt, ist sehr anerkennenswerth, immerhin dürfte erst eine genauere Statistik, die sich zahlenmäßig über ein größeres Beobachtungsmaterial erstreckt, erweisen, ob diese Methode bessere Resultate ergiebt, als die bisher für derartige Komplikationen zu Recht bestehende Laparotomie, trotz der noch nicht idealen Erfolge der letzteren unter den betonten Verhältnissen. Ref.)

**Hadra** (Berlin).

15) **Delcourt.** Zwillingsschwangerschaft durch eine Cyste des Lig. lat. komplicirt.

(Journ. d'accouch. 1885. No. 18.)

D. wurde zu einer Frau gerufen, welche die Menses vor 6 Monaten zum letzten Mal gehabt. Sie war cyanotisch, dyspnoisch, ihr Leib enorm ausgedehnt. An letzterem überall deutliche Fluktuation; Kindstheile nicht zu fühlen, Herztöne nicht zu hören. Portio hochstehend, aufgelockert. Auch per vaginam kein vorliegender Theil zu konstatiren. Bestimmte Diagnose wurde nicht gestellt. Durch Punktion des Abdomen wurden $9^1/_2$ Liter wasserheller, nicht fadenziehender Flüssigkeit entleert. Darauf ließ sich ein fester Tumor, der Uterus konstatiren, in demselben 2 große Theile. Herztöne an 2 verschiedenen Stellen. Partus am normalen Termin. Ausgetragene Zwillinge.

D. ist der Ansicht, dass die durch die Punktion entleerte kolossale Flüssigkeitsmenge nur aus einer Cyste des Lig. lat. hergerührt haben könne. Als beweisend sieht er die Konsistenz und Farbe derselben an, ferner den Umstand, dass sie sich nicht reproducirte. Wenn auch nicht alle Erscheinungen dafür sprechen, so hat nach Ansicht des Ref. auch die Annahme eines Hydramnios Manches für sich.

**Graefe** (Halle a/S.).

16) **E. A. Fischer.** Trachelorraphie unter Cocaingebrauch.

(Northwestern lancet 1885. No. 24.)

F. musste eines Herzfehlers wegen bei der Operation von der Chloroformnarkose Abstand nehmen. Bestreichen des Cervix mit einer 4%igen Cocainlösung, Injektion derselben Lösung in jede Muttermundslippe, einige Linien von dem Ektropium entfernt, machten den Eingriff zu einem gänzlich schmerzlosen. Nur das Herabziehen des Uterus wurde unangenehm empfunden.

**Graefe** (Halle a/S.).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

**Zehnter Jahrgang.**

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 37. Sonnabend, den 11. September. 1886.**




## Über ein primäres Sarkom der Tuben.


Von

**Dr. Emil Senger,**

Assistent am pathol. Institut zu Breslau.


Wenn schon primäre gutartige Geschwülste der Tuben wie Fibrome, Lipome etc. als große Seltenheit betrachtet werden, so hat man das Vorkommen von primären malignen Tumoren der Tuben direkt in Abrede gestellt. So z. B. sagt Schröder[1] in seinem Handbuche: Carcinom kommt an den Tuben niemals primär vor und auch nur außerordentlich selten als wirkliche Metastase. Dass die Tuben in der That gegen die Entwicklung von malignen Geschwülsten sehr resistent sind, geht schon aus der seltenen Mitbetheiligung derselben bei hochgradiger carcinomatöser Zerstörung des Uterus hervor, ja man findet die Tuben oft völlig intakt durch Krebsmassen durchlaufen.

Auch so weit ich aus der mir zugänglichen Litteratur ersehe, ist ein primäres Carcinom nicht beobachtet; nur A. Doran[2] hat ein Papillom der Tubenschleimhaut (apfelsinengroßes Blumenkohlgewächs der Schleimhaut) beschrieben und der Referent in Virchow-Hirsch's Jahresbericht zählt diese zweifellos maligne Geschwulst zu den Carcinomen.

Von einem primären Sarkom der Tube findet sich weder in den Lehrbüchern noch in der Litteratur irgend eine Andeutung und desshalb dürfte folgender von mir secirter Fall der Veröffentlichung werth erscheinen.

Es handelte sich um eine 51jährige an Diabetes mellitus im Coma diabeticum

[1] Handbuch der speciellen Pathologie von Ziemssen. Bd. X. p. 346.

[2] Papillome of the Fallopian tube associated with ascites and pleuritis effusion. Path. transactions XXXI. p. 174.

gestorbenen Frau. Die Sektion bot für die Krankheit selbst wie gewöhnlich bei Diabetes so wenig Charakteristisches dar, dass ich nur der Vollständigkeit wegen ein kurzes Resumé beifügen möchte: Abgemagerte Leiche mit schwerem senilen Lungenemphysem und Dilatation des rechten Ventrikels, parenchymatöse mit starker Verfettung der Epithelien verbundene Nephritis und leichte Hypertrophie des linken Ventrikels.

Der Genitalapparat, von dem übrigens intra vitam angeblich keine klinischen Symptome ausgegangen waren, erregte nun unvermuthet ein hohes pathologisches Interesse.

Der Douglas ist durchzogen von Bindegewebssträngen und Membranen, welche von der Hinterfläche des Uterus nach dem Rectum laufen und ersteren nach hinten fixiren. Uterus groß, Schleimhaut blass, Cervix zeigt seitliche Narben, Vagina glatt, ohne besondere Veränderung.

Zu beiden Seiten des Uterus finden sich mehrere rundliche Tumoren, welche mir auf den ersten Blick wegen ihrer Form und Größe als Ovarialtumoren imponirten. Die nähere im Verein mit Herrn Prof. Ponfick angestellte makroskopische Untersuchung ergab aber Folgendes: Die linke Tube lässt sich $1\frac{1}{2}$ cm weit vom Ostium uterinum als normal verfolgen, dann erweitert sie sich allmählich auf das doppelte Lumen und geht in einen taubeneigroßen Sack mit glatter Außenfläche über, welche sich theils knollig, theils fluktuirend anfühlt; das Innere dieses Sackes ist erfüllt mit einer graubraunen, bröckligen Geschwulstmasse, welche an der Innenfläche des Sackes relativ fest verwachsen ist, nach dem Centrum zu aber immer weicher wird und zum Theil als lose bröcklige Masse frei das Centrum einnimmt. Das laterale Ende dieses Sackes endet in die federkieldicke Tube, um in einen hühnereigroßen nach hinten gewundenen zweiten Sack überzugehen. Die Außenfläche desselben ist meist glatt, jedoch beginnt an mehreren Stellen die Geschwulstwucherung von dem Inneren nach außen sich als prominirende Unebenheiten zu kennzeichnen. Das Innere des Sackes ist von einem einzigen taubeneigroßen, kugelrunden Tumor eingenommen, welcher polypenartig mit einem dünnen Stiel an der Vorderfläche des Sackes ansitzt. Dieser Polyp ist von deutlich markigem grauweißen Aussehen und von weicher Konsistenz. Vom Inneren dieses Sackes gelangt man immer mit Zuhilfenahme der Sonde in den normal dicken Tubenkanal, aber nur einige Millimeter, weil derselbe verschlossen ist. Nach dem Durchbrechen dieses Verschlusses kommt man in eine rückwärts und durch Vorlagerung und theilweise Verklebung des vorigen Sackes ganz versteckt liegende, mit chokoladefarbigem Inhalt erfüllte Cyste mit glatter Innen- und Außenfläche ohne Spur von Geschwulstentwicklung. Das laterale Ende der Cyste, offenbar die veränderten Fimbrien, welche zusammengeklebt sich als geschlossene Membran darstellen, umfassen das vom 2. Tumor vorn ganz verdeckte und erheblich atrophirte, sonst aber durchaus normale linke Ovarium bis zur Hälfte. Die Parovarien links sind nicht aufzufinden, sondern wohl mit in die 2. Geschwulst verwachsen.

Die Verhältnisse der rechten Tube liegen einfacher, weil die Veränderungen jüngeren Datums und desshalb viel geringer sind.

Die rechte Tube verläuft vom Uterus an ca. 2 cm normal, von da erweitert sie sich allmählich und geht in eine pflaumeneigroße Cyste über, welche bei einer völlig glatten Außenfläche Fluktuationsgefühl bietet und dann in die normale Tube lateralwärts sich weiter verfolgen lässt. Jedoch nur $\frac{1}{2}$ cm weit bleibt die Tube normal, sie erweitert sich sodann wieder zu einem pflaumeneigroßen Sack, wie der vorher beschriebene war und wird dann ganz normal. Das rechte Ovarium, hier frei von Druck durch Geschwulstmasse, ist von normaler Größe und Beschaffenheit, eben so das Parovarium. Schneidet man unter Führung der Sonde den Kanal der Tube und die beiden Säcke auf, so sieht man die Wandung der erweiterten Tube sehr zart, gerade so im Aussehen, wie die Intima einer Vene. Viele Stellen der erweiterten Innenfläche sind mit stecknadelkopf- bis bohnengroßen polypösen Wucherungen besetzt, welche stark gefäßhaltig sind und ziemlich fest aufsitzen. Am reichlichsten und größten erscheinen die Wucherungen in den beiden Säcken; und in dem zuletzt beschriebenen zweiten Sack sitzt die größte bohnengroße. Angefüllt sind sonst die Säcke mit einer braunen Flüssigkeit.

In der tiefsten Stelle des Douglas'schen Raumes ziemlich in der Medianlinie befindet sich eine einzige etwa 50pfennigstückgroße lebhaft roth injicirte, aus weichem grauen Gewebe bestehende höckrige und zerfressene, flache, geschwulstige Hervorragung.

Die Entstehung der beschriebenen Geschwülste musste sich am ehesten aus den kleinen polypösen Wucherungen der rechten Tube erschließen lassen.

Untersuchte man von diesen ein kleines oberflächliches Stückchen frisch, d. h. ohne vorherige Behandlung, so bekam man ein äußerst instruktives Bild: man sieht an der Oberfläche meist eine Reihe von papillösen Wucherungen, gebildet von einem zarten Bindegewebe und eingefügten runden Zellen (etwas größer als die weißen Blutkörperchen). Das Centrum einer jeden Papille wird von einem reichlichen Gefäßbaum eingenommen, die Basis der Papille besteht aus einem gleichmäßigeren Gewebe, die runden Zellen werden zahlreicher und das Bindegewebegerüst wird fast ganz verdeckt. Wir haben ein deutliches kleines Rundzellensarkom vor uns. Dasselbe histologische Gefüge haben die anderen kleinen Polypen. Die etwas größeren zeigen die papillösen Wucherungen an der Oberfläche viel undeutlicher. Wie man aus gehärteten Präparaten ersieht, erstreckt sich das Sarkomgewebe durch die ganze Mucosa bis zur Submucosa; die Muskelhaut der Tube, zwar etwas hypertrophisch, ist sonst von Sarkominfiltration völlig frei. Dagegen zeigen sich die Gefäße der Submucosa und Muscularis über den betreffenden polypösen Geschwülsten bedeutend erweitert und auch vermehrt und es gehen die oben beschriebenen Gefäße der Papillen von diesen Gefäßen aus. Je größer die Sarkomwucherung in der Tube, desto mehr verlieren sich die papillösen Wucherungen der Oberfläche, desto tiefer dringt das Sarkom in die Tubenwandung ein. In den Wucherungen der linken Tube sieht man ein gewöhnliches kleinzelliges Rundzellensarkom ohne papillöse Oberfläche mit zartem Bindegewebsgerüst und mäßig vielen Blutgefäßen; an vielen Stellen ist das Sarkom bis an die Außenfläche der erweiterten Tube vorgewachsen.

Diesen einfachen Sarkomcharakter besitzt bei Weitem die Mehrzahl der Neubildungen, während nur die kleinen (bis Erbsengröße) an der Oberfläche papillös gebaut sind. An manchen Stellen der großen Geschwulstknoten erscheinen dort, wo die Sarkomneubildung in das straffe Binde- und Muskelgewebe der Tubenwandung hineinbricht, Geschwulstzellen und -stränge zwischen dem Bindegewebe, so dass man fast Carcinombilder vor sich zu haben meint. Allein es ist nur, wie sich bei näherer Untersuchung und dem übrigen Geschwulstcharakter ergiebt, Sarkomgewebe, welches in die Lymphräume resp. Lymphspalten vorgedrungen ist. Schwieriger zu erklären ist aber eine Stelle der im 2. Sacke der linken Tube sitzenden polypösen Geschwulst. Ein Schnitt durch dieselbe zeigt mikroskopisch im Großen und Ganzen ein dem übrigen durchaus analoges Sarkomgewebe; allein es finden sich in das Sarkomgewebe verstreut deutliche tubulöse, mit hohem einfachen Cylinderepithel bekleidete und mit einer Membrana propria versehene Kanäle, also ganz deutliche Drüsenschläuche. Manche derselben haben ein sehr kernreiches junges Bindegewebe um sich, die meisten aber sind unmittelbar von Sarkomgewebe umgeben. Woher diese Drüsenwucherung kommt, möchte ich nicht mit Sicherheit entscheiden.

Da die Tubenschleimhaut keine Drüsen besitzt, so konnte man annehmen, dass das Cylinderepithel der Mucosa selbständig zu Drüsen gewuchert sei. Was aber gegen eine solche Annahme zu sprechen scheint, ist abgesehen von anderen allgemein pathologischen Gründen der Umstand, dass die Drüsenwucherung hauptsächlich am lateralen Ende des Polypen gesehen wird, nach der medialen Seite hin aber nur hin und wieder eine Drüse erscheint und die vordere Seite, frei von Drüsen, nur Sarkomgewebe aufweist. Ferner zeigten alle übrigen Geschwulstknoten keine Spur einer adenomatösen Wucherung.

Da das Parovarium links, wie ich nochmals erwähnen möchte, nicht zu finden, sondern wohl mit dem 2. Sacke verwachsen war, das linke Ovarium wohl durch den Druck der anliegenden Tumoren etwas atrophisch, sonst aber normal und insbesondere frei von Sarkomneubildung war, so möchte ich glauben,

dass die obige Drüsenwucherung ihren Ursprung von den gewucherten Drüsen des Parovariums genommen habe. Wie dem auch sei, so ist doch das Sarkomgewebe das Prävalirende des ganzen Tumors und desshalb habe ich denselben auch einfach als Sarkom bezeichnet — denominatio fit a potiori. Legt man aber auf die Drüsengebilde Werth, so könnte man den Tumor mit Adenosarkom bezeichnen, ein Name, welchen auch Ziegler für derartige seltene Geschwülste anwendet.[3]

Was die hämorrhagische Cyste anlangt, welche ganz frei von Geschwülsten war, so ist sie wohl unschwer durch die Annahme zu erklären, dass nach Verschluss und Verwachsung des Ostium abdom. — die Fimbrien waren verklebt und hatten das Ovarium bis zur Hälfte umfasst — durch menstruelle Blutungen und einen durch die Geschwülste verursachten Katarrh der Tube allmählich eine blutige Aussackung entstanden sei.

Die Metastase des Douglas endlich hat dasselbe histologische Gefüge, als die übrige Sarkomgeschwulst. An der Oberfläche bemerkt man zahlreiche Gefäße, welche mitunter zu kleinen Blutungen geführt haben, darunter ein kleinzelliges Rundzellensarkom, welches das ganze Peritoneum durchsetzt und nur einen ganz schmalen Saum Bindegewebe übrig und frei ließ. Auch die Geschwulstform dieser Metastase spricht dafür, dass der Tumor der Tuben als einfaches Sarkom aufzufassen ist.

Die geringe Größe dieser Geschwulst des Douglas lässt erkennen, dass dieselbe jünger als der Tumor der Tube ist; und berücksichtigt man, dass von dem zweiten Sarkomsacke der linken Seite, bevor noch eine Verwachsung der Fimbrien mit dem Ovarium erfolgt war, eine freie, relativ weite Kommunikation mit der Bauchhöhle bestanden haben muss, so erscheint es als sehr wahrscheinlich, dass freie Sarkommassen durch die Kommunikation gelangt sind und nach dem Gesetze der Schwere an die tiefste Stelle des Douglas gefallen sich weiter entwickelt haben. Hätte das Sarkom das Bauchfell weiter inficirt und auch das Ovarium ergriffen, so würde man wohl sicher die sekundären Geschwülste als primäre aufgefasst haben, weil primäre Sarkome der Tuben nicht bekannt sind. Unser Fall bietet eben auch darum ein theoretisches Interesse dar, weil der Tod zu einem Zeitpunkte eingetreten ist, wo man mit voller Sicherheit die malignen Tumoren der Tuben als primäre bezeichnen kann.

---

## 1) **Thomas More Madden** (Dublin). Über Lageveränderungen der Eierstöcke.

(Dublin. journ. of med. science 1886. Februar.)

Nach Verf.s Erfahrungen sind die eigenthümlichen Eierstockshernien, d. h. Lagerung der Eierstöcke in Bruchsäcken, viel häufiger als bisher angenommen wird. Gelegentlich kongenital, finden sie sich doch meist bei Frauen, deren Bauchdecken und Eingeweide durch häufige Geburten erschlafft sind; die direkt veranlassenden Momente sind dieselben wie bei Hernien mit anderem Inhalte. Diese Hernien sitzen entweder über dem Poupart'schen Bande, oder sind bereits in die große Labie herabgestiegen; oder aber liegen in Schenkelbruchsäcken.

Die Symptome sind, abgesehen von der Vergrößerung des Tumors und hochgradiger Steigerung der Schmerzhaftigkeit und Druckempfindlichkeit in der Zeit der Menstruation, nicht gerade sehr werthvoll für die Diagnose; andauernde Schmerzhaftigkeit, auch wohl Druck und Ziehen im Becken, Störungen von Seiten der Digestionsorgane und des Allgemeinbefindens. Bei der Differentialdiagnose

---

[3] S. sein Lehrbuch.

kommen Hernien anderen Inhalts, geschwellte Inguinaldrüsen, Senkungsabscesse in Betracht und werden diese Punkte specieller berührt.

Die zunächst zu versuchende Reposition gelingt meist nicht; dann ist auf Beseitigung der gewöhnlich vorhandenen entzündlichen Erscheinungen hinzuwirken und durch ein Bruchband mit Hohlpelotte der Tumor vor Insulten zu schützen. Nur in seltenen Fällen machte die Schwere der Symptome operatives Eingreifen nothwendig. Dasselbe hat in Entfernung des betreffenden Ovarium zu bestehen. Verf. operirte 2mal; einmal wurde das Ovarium aus der Labie entfernt, Pat. starb am anderen Tage; das zweite Mal (kleine Hernie in der Inguinalregion) trat völlige Heilung ein.

Die bei Weitem häufigere Verlagerung des Ovarium nach dem Douglas'schen Raume hin, ist weniger eingehend behandelt; und von dem Gesagten kaum etwas besonders hervorzuheben. Die Therapie hat besonders die konstitutionellen Ursachen mit zu berücksichtigen, wie sie durch allgemeine Erschlaffung der elastischen und muskulösen Elemente des Körpers auch hier eine Rolle spielen mögen; im Übrigen der übliche Turnus: Reposition, Pessare (Kissenpessare bevorzugt) und eventuell Oophorektomie. **Zeiss** (Erfurt).

---

## 2) Coe. Ist Krankheit der Uterusanhänge wirklich so häufig, wie jetzt angenommen wird?

(Vortrag in der New York Academy of Medicine.)

(New York med. journ. 1886. April 17. p. 443.)

C. ist der Ansicht, dass wirkliche pathologisch-anatomische Veränderung von Erheblichkeit in den Ovarien sehr selten sei. Er ist der Ansicht, dass die so häufig als genügender Grund für ausgeführte Ovariektomien kleinen Cysten oft keine Bedeutung hätten, die Ansammlungen von Serum und Eiter in den Eileitern aber sehr selten seien. Oft sei nur die Beobachtungszeit nach der Operation zu kurz gewesen, sonst hätten die Gynäkologen sich davon überzeugen können, dass die Kranken bald wieder eben so krank waren, als vorher. Es sei beachtenswerth, ob nicht eine lokalisirte Peritonitis die Ursache der Beschwerden sei und dann können leicht durch die Operation die Kranken in noch schlimmere Lage gerathen, als sie vorher waren.

In der Diskussion sprechen sich Lusk und Andere ähnlich aus, wogegen Mundé betont, dass in seiner Praxis unter 3000 gynäkologischen Fällen sich 117 Fälle von Oophoritis mit Peritonitis und Salpingitis, 212 Fälle aber von Oophoritis ohne Peritonitis und Salpingitis befunden hätten, dennoch aber wolle er nicht für die sehr häufige Ausführung der Oophorektomie sprechen.

**Lühe** (Demmin).

---

## 3) **Lazarski** (Krakau). Über die Wirkung von Ergotin auf Kreislauf und Gebärmutter.

(Medicinische Rundschau 1885. No. 45. [Polnisch.])

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die Gefäßverengerung in den Schwimmhäuten des Frosches hängt nicht von Ergotin, sondern (wie Zweifel gezeigt hat) von der Reizung der sympathischen Nerven ab. 2) Das käufliche Ergotin wirkt sehr verschieden auf den Blutdruck. 3) Die Präparate, welche den Blutdruck herabsetzen, äußern keine spastische Wirkung auf den Uterus. 4) Wirksames Ergotin nach Bonjean kann nur aus frischem, kurz vor dem Roggenschnitt gesammelten Mutterkorn bereitet werden. Es ruft sicher Gebärmutterkontraktionen hervor und steigert den Blutdruck. 5) Alle Ergotinpräparate zersetzen sich bei längerer Aufbewahrung. 6) Die Wirkung des Ergotin bei Blutungen lässt sich nicht durch die Gefäßverengerung erklären, sondern durch die Herabsetzung des Blutdruckes. Die Herabsetzung bewirkt die Sklerotinsäure.

**Reimann** (Kiew).

---

## 4) **Stifler** (Steben). Über Badebehandlung bei Frauenkrankheiten.

Frankfurt a/M., **Joh. Alt**, 1886.

Die Behandlung uteriner Leiden soll nicht nur eine örtliche, sondern auch eine allgemeine sein. Durch die Badebehandlung soll durch thermische, mechanische und chemische Reize auf die Blutvertheilung besonders in den Beckenorganen, auf Stoffwechsel, auf das ganze Nervensystem eingewirkt werden. Die Wirkung der Bäder ist nach Stärke und Form eine verschiedene. Meistens handelt es sich bei den Uterinerkrankungen um Störungen der Cirkulation, um passive Hyperämie des Uterus, welche Veränderungen in den Gefäßwänden und in der Gewebsspannung hervorrufen. Diesen Stauungen kann nur durch aktive Kongestion, durch Erhöhung kollateraler Blutzufuhr entgegengewirkt werden (Mayrhofer). Von der Haut aus, welche fast zwei Drittel der Blutwege fassen kann (Winternitz), muss die Blutvertheilung im Körper ausgehen. »Reize auf die Haut wirken auf das Herz und die Gefäßthätigkeit und kompensiren dadurch die Blutvertheilung und den Blutdruck im Körper. Die Wirkung hautreizender Bäder besteht darin, durch vermehrte Blutzufuhr die Resorption der entzündlichen Produkte zu beschleunigen. Die Bäder wirken aber auch auf das Nervensystem, welches bei Uteruserkrankungen sehr oft auf die Dauer in Mitleidenschaft gezogen wird. Für die Para- und Perimetritis mit Adhäsionen etc. ist die fluxionäre Wirkung der Bäder nach dem Körperinneren heilsamer als die periphere, welche mehr für nervöse Beschwerden geeignet ist. Durch Badekuren wird der Stoffwechsel und die Ausscheidung gesteigert. Die Wirkung der Bäder hängt nicht nur von dem thermischen Effekt ab, sondern auch von der Reizung der Haut-

nerven. Bei uterinen Leiden kommen daher hauptsächlich Mineralbäder und Moorbäder in Betracht. Die Mineralbäder wirken durch ihre chemischen Reize auf die Haut auf deren Gefäße erweiternd. Dadurch werden innere Organe entlastet. Die kohlensäurehaltigen Stahlbäder wirken stärker hautreizend als die salzhaltigen. Kohlensäure dringt tiefer in die Haut als Kochsalz, Jod oder Brom. Die Stahlbäder haben einen höheren Kohlensäuregehalt als die Salzbäder und wirken daher stärker auf die Haut.

Die Eisenmoorbäder wirken direkter auf uterine Erkrankungen durch kongestive Hyperämie nach Innen und Steigerung des Blutdrucks. Indifferente warme, normaldichte Moorbäder bewirken Fluxion nach dem Inneren und sind indicirt bei Menstruationsstörungen, bei Entzündungen des Uterus, der Ovarien, des Beckenperitoneums. Das haut- und überhautwarme Moorbad eignet sich mehr bei Muskel- und Gelenkaffektionen, örtlichen Neuralgien. Schwache, anämische Individuen ertragen Moor besser wie Stahl, bloß bei organischen Herzleiden wirkt Stahl kräftigend auf das Herz (Schott). In Fällen, wo das Moorbad nicht ertragen wird, eignen sich Moorkataplasmen, welche sehr heiß sein und öfter gewechselt werden müssen. Die Wirkung ist eine thermische.

Bei der Vaginalimpletion mit Moor, wie sie von Kisch und in jüngster Zeit von Reinl angegeben ist, hindert das Moor in Folge seines Säuregehaltes die Entwicklung der Pilze und tödtet sie. Erosionen der Portio, Ausflüsse heilen unter Anwendung des Moortampons außerordentlich rasch.

Ein vorzügliches Heilmittel sei außerdem bei uterinen Leiden die elektrische Behandlung und die Massage. Nach den Erfahrungen des Verf.s eignen sich chronische Metritis und Menorrhagien zur Behandlung mit dem faradischen Strom, Genitalneurosen mit dem konstanten Strom und die Ovarialneuralgien mit dem bipolaren elektrisch-faradischen Wasserbad. Letzteres Bad wirkt stark hautreizend und hat in Fällen von Morbus Basedowii dauernde Heilung erzielt.

Drei Gruppen von Uteruserkrankungen eignen sich zumeist zur Badebehandlung:

1) Menstruationsstörungen;

2) Cirkulations- und Ernährungsstörungen der Scheide, des Uterus und Ovariums;

3) Peri- und Parametritis.

Bei Amenorrhoe nutzt keine örtliche Behandlung, bloß Eisen ist allein wirksam (Schröder). Menorrhagien bei chronischer Metritis, Retroflexio etc. eignen sich zur Moorbadekur. Dasselbe gilt für die Dysmenorrhoe, welche durch Entzündungen des Uterus und seiner Adnexa bedingt ist.

Perimetritis ist eine der häufigsten Komplikationen von Metritis und Flexionen des Uterus. Dysmenorrhoe und Menstruationsstörungen disponiren dazu, am meisten die Gonorrhoe. Durch Moor-

bäder wird eine kongestive Hyperämie, Cirkulationsbeschleunigung erzielt, wodurch die pathologischen Produkte erweicht und resorbirt werden.

Noch bessere Erfolge hat die Moorbadebehandlung bei Parametritis aufzuweisen. Da in vielen Fällen uteriner Erkrankungen Störungen von Seiten der Blase (nach Duncan oft Albuminurie) vorhanden sind, so ist eine Trinkkur, Stahlsäuerlinge, neben dem Bade von heilsamer Wirkung. **Heilbrun** (Kassel).

---

5) **C. Reinl** (Franzensbad). Vergleichende Untersuchungen über den therapeutischen Werth der bekanntesten Moorbäder Österreichs und Deutschlands.

(Prager med. Wochenschrift 1886. No. 13—15.)

Nachdem R. in seiner Arbeit »Zur Theorie der Heilwirkung des Franzensbader Moores« (Prag. med. Wochenschrift 1885 No. 10 u. 11) den Nachweis geführt, dass die therapeutische Einwirkung des Franzensbader Moores zum größeren Theil auf seinen chemischen Eigenschaften, vorzüglich auf seinem Säuregehalt beruhe, der eine kräftige antimykotische Wirkung hat, stellte er jetzt vergleichende Untersuchungen an, die sich auf die Moore von Bocklet-Kissingen, Cudowa, Elster, Franzensbad, Königswart, Marienbad, Neudorf, Pyrmont, Reinerz, Steben, Teplitz erstreckten.

Zunächst wurden die physikalischen Eigenschaften geprüft. Der Wassergehalt der lufttrockenen Moore ist ein wechselnder. Bei 100° C. getrocknet giebt das Moor von Cudowa noch über 39% Wasser ab, Neudorf 35, Marienbad 28, Steben 23, Franzensbad 18, Reinerz 18, Königswart 17, Teplitz 14, Elster 14, Kissingen 13, Pyrmont 12.

Die sog. Wasserkapacität der Moore, d. h. die Menge Wasser, die dieselben von einer überschüssigen Menge zurückhalten können, ist durch folgende Zahlen in Procent der Trockensubstanz ausgedrückt. Franzensbad 195, Marienbad 224, Pyrmont 277, Cudowa 285, Königswart 319, Reinerz 321, Neudorf 344, Steben 391, Elster 394, Teplitz 633, Bocklet-Kissingen 1013.

Die Gesammtmenge der in heißem Wasser löslichen Stoffe beträgt, wenn man jene des Franzensbader Moores gleich 100 setzt, für Marienbad 92, für Reinerz 32, für Bocklet-Kissingen 29, für Teplitz 27, Cudowa 26, Steben 19, Pyrmont 18, Neudorf 17, Elster 13, Königswart 9.

R. hat ferner, um die Menge der in Lösung gehenden organischen von jener der unorganischen Stoffe zu trennen, Bestimmungen der Glührückstände gemacht.

Als wichtigstes Resultat ergab sich die große Differenz der verschiedenen Moorarten in Bezug auf ihren Gehalt an freier Säure. Den größten Gehalt an freier Säure zeigten die Moore von Franzens-

bad und Marienbad, nämlich 6 resp. 7,8%. Bei allen anderen untersuchten Mooren betrug der Säuregehalt weniger als 1%; er schwankte zwischen 0,57 und 0,2%.

R. hat, um die Menge der leichter löslichen Stoffe, die in den einzelnen Mooren enthalten sind, außer den oben angeführten Bestimmungen der Gesammtauslaugungsprodukte, noch die Menge der Stoffe bestimmt, die in einem kalten und in einem heißen Aufguss, der nur eine bestimmte Anzahl Stunden dauerte, übergehen. Hierbei zeigte sich, dass das Marienbader Moor zwar einen etwas größeren Gehalt an freier Säure besitzt als das Franzensbader, dass aber die Säuren des Franzensbader Moores viel leichter in Lösung übergehen, so dass an ein heißes Infus von letzteren ca. 99% derselben abgegeben werden, vom Marienbader nur 64%. Gegenüber der Entwicklungsfähigkeit und Lebensfähigkeit niederer Organismen verhalten sich die Moore sehr verschieden. Nach den schon früher von R. angewendeten Methoden untersucht zeigte sich, dass das Wachsthum von Micrococcus prodigiosus, Heubacillus, Milzbrandbacillus, Typhusbacillen nur vom Franzensbader und Marienbader Moor gehemmt wird; Staphylococcus aureus wird in seiner Entwicklung durch Franzensbader und Marienbader Moor vollständig gehemmt; durch den von Cudowa und Pyrmont nur theilweise, indem sich zwar nach 6 resp. 10 Tagen oberflächliche Pilzentwicklung zeigt, die sich jedoch nicht weiter entwickelt, so dass es zur charakteristischen Gelbfärbung nicht kommt.

Diese antimykotische Wirkung der Moore hängt von ihrem Säuregehalt ab; wurde derselbe abgestumpft, so schwand auch die antimykotische Wirkung.

Es wurde ferner durch Weiterimpfen auf gewöhnliche Nährgelatine festgestellt, dass das Franzensbader und Marienbader Moor nicht bloß entwicklungshemmend auf die untersuchten Pilze wirkt, sondern direkt tödtend; Milzbrandsporen werden, wie dies R. durch mehrere sehr elegante Versuche bewiesen, weder durch Franzensbader noch durch Marienbader Moor unwirksam.

In einem 5. Abschnitt seiner Arbeit geht R. nun auf den praktischen Standpunkt ein, auf die physikalisch chemischen Verhältnisse, wie sie sich in einem Moorbade gestalten.

Wenn man aus den verschiedenen Mooren einen mitteldicken Moorbrei bereitet, so finden sich auf 1000 g Wasser folgende Mengen lufttrockenen Moores: Franzensbad 61, Marienbad 50, Cudowa 50, Pyrmont 48, Königswart 33, Elster 33, Neudorf 33, Reinerz 33, Steben 25, Teplitz 15, Bocklet-Kissingen 9.

Es ergiebt sich daraus, dass, wenn es bloß auf die mechanisch-kataplasmirende, massirende Wirkung ankommt, auch diejenigen Moorbäder, die nur wenig feste Substanzen enthalten, einen Effekt haben werden; wo es aber auf eine energischere hautreizende Wirkung der löslichen Moorbestandtheile ankommt, da werden jene Bäder wirk-

samer sein, die in der bestimmten Quantität des Moorbreies mehr feste Substanz enthalten.

Besonders gilt dies von der antimykotischen Wirkung des Franzensbader Moores, welcher R. die prompte Heilung vieler Scheidenkatarrhe und Erosionen zuschreibt. **W. Fischel** (Prag).

---

## Kasuistik.

6) **Schatz** (Rostock). Über die Formen der Wehenkurve und über die Peristaltik des menschlichen Uterus.

7) Derselbe. Die Ätiologie der Gesichtslagen.

8) **Fehling** (Stuttgart). Über habituelles Absterben der Frucht bei Nierenerkrankung der Mutter.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVII. Hft. 2.)

Die 3 in der Überschrift genannten Arbeiten sind eine Wiedergabe der von den Verff. auf der letzten deutschen Naturforscherversammlung zu Straßburg i/E. gehaltenen Vorträge. Da sich ausführliche Referate derselben in dem Bericht über die letztere im vorigen Jahrgang dieses Blattes (No. 40 u. 41) finden, so kann auf diese verwiesen werden. **Graefe** (Halle a/S.).

9) **H. Obermann** (Leipzig). Drei weitere Fälle von Kaiserschnitt nach Sänger's Methode.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVII. Hft. 2.)

Die 3 wieder in der geburtshilflichen Klinik zu Leipzig ausgeführten Kaiserschnitte nach der Sänger'schen Methode haben sämmtlich für Mutter und Kind ein günstiges Resultat ergeben. Alle drei wurden, im Vertrauen auf die Sicherheit des Erfolges, wegen relativer Indikation zur Vermeidung der Kraniotomie des lebenden Kindes vorgenommen. Bei der ersten Gravida handelte es sich um ein allgemein verengtes rachitisch-plattes Becken zweiten Grades (Conj. diag. 9 cm), bei der zweiten um ein ankylotisch linksseitig schrägverengtes Becken, bei der dritten um ein einfach plattes an der Grenze des ersten zum zweiten Grad. Fall I und III operirte Sänger selbst, Fall II O. Bei I und III wurde eine geringe Resektion der Muscularis zur besseren Adaption der Wundränder vorgenommen, die Serosa in allen 3 Fällen 3—4 mm weit unterminirt.

Die erste Operation war in mehrfacher Beziehung komplicirt. Erstens war der Uterus von dem mit ihm lose verwachsenen Netz ganz und gar bedeckt. Weiter fand sich ein dünnes, darmartiges Gebilde von bläulicher Färbung im unteren Wundwinkel, 4 Querfinger oberhalb der Symphyse, die hoch emporgezogene Harnblase. Während der Anlegung der Uterusnähte trat Chloroformasphyxie ein, welche erst nach 5minutlicher, künstlicher Athmung gehoben wurde. Bei dem ersten Versuch aufzustehen am 11. Tage post operationem platzte in Folge eines heftigen Hustenstoßes der obere Wundwinkel auf, eine Darmschlinge nebst Mesenterialansatz fiel vor. Sie wurde reponirt. Die Wunde durch 2 tiefe Nähte geschlossen. Dieser Zwischenfall hatte auf den weiteren günstigen Verlauf keinen Einfluss.

Bei dem zweiten Fall ist erwähnenswerth, dass, da beim Anziehen der Silberdrähte diese platzten, Seidennähte verwandt wurden. Der glatte Heilungsverlauf beweist, dass also auch dieses Nahtmaterial sich zur Uterusnaht eignet.

In Fall III erhob sich die Temperatur nur am 1. und 2. Abend auf 38,7 resp. 38,6; von da ab blieb sie normal. Wenn auch in den beiden anderen vorübergehend höhere Temperaturen erreicht wurden, so war doch auch bei ihnen der Gesammtverlauf ein zu den besten Hoffnungen berechtigender. Alle drei legen wiederum Zeugnis von der Vorzüglichkeit der Sänger'schen Methode und der

Gleichberechtigung des nach ihr ausgeführten konservativen Kaiserschnittes mit dem Porro ab. **Graefe** (Halle a/S.).

10) **Kleinwächter.** Beiträge zur Porro-Operation.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. Hft. 2.)

Nach einem kurzen Rückblick auf die Geschichte der Porro-Operation berührt Verf. nur streifend den jüngst entbrannten Streit zwischen klassischem Kaiserschnitt und der Porro'schen Operation, indem er die Ansicht vertritt, dass beim Vergleich der Mortalität nach beiden Operationsmethoden die Porro'sche entschieden dadurch zu schlecht weggekommen sei, dass man hierbei nicht allein die neuen unkomplicirten Fälle, auf die es doch in erster Linie ankomme, benutzt habe, sondern alle veröffentlichten Fälle, von denen doch ein großer Theil ohne strikte Indikationsstellung und durch schwere Komplikationen zur Operation gelangt sei. In Anbetracht der Thatsachen, dass bei schwerer Osteomalakie die Sterilisation ein bedeutender Heilfaktor sei, ist bei beiden streitenden Parteien in so fern eine Einigkeit erzielt worden, als die Porro'sche Operation für obige Erkrankung als mit vollem Recht indicirt anerkannt wird. Hierzu liefert Verf. durch Schilderung zweier Fälle von Osteomalakie einen schätzenswerthen, kasuistischen Beitrag.

1) 34jährige IVpara; immer spontan geboren, nur bei der dritten Entbindung vor 5 Jahren schon sehr lange Geburtsdauer; alle 3 Kinder 2—$1^1/_2$ Jahre lang gestillt; seit der dritten Gravidität Knochenschmerz im Kreuz und den Unterextremitäten. 1. November 1884 vierte Geburt. K. erhebt folgenden Befund: 141 cm lange, sehr anämische und herabgekommene Person; starke Lordose der Lendenwirbelsäule; Beine säbelförmig gekrümmt; aktive Bewegungen sehr erschwert, passive sehr schmerzhaft; starker Hängebauch; 1. Schädellage; Blase erhalten; typisch osteomalakisches Becken. Dist. spin. 23,5, D. crist. 26,75, D. troch. 25,0, C. ext. 18,5; Abstand der Sitzbeinstachel 3,75 cm. Promontorium tief in das Becken eingesunken; Kreuzbein rechtwinklig nach vorn abgeknickt; die horizontalen Schambeinäste schnabelförmig nach vorn vortretend. Entfernung zwischen den absteigenden Schambeinästen 1 Querfinger breit. Dist. sacro-cotyloid. 3—3,5 cm. Muttermund für den Finger durchgängig und nur mit Mühe erreichbar. Abends 10 Uhr Operation. Eröffnung des Uterus in situ, da die stark geblähten Därme nur mit Mühe zurückgehalten werden können; Placenta vorn vom Schnitt getroffen; ausgetragenes, lebendes Mädchen. Konstriktion mit Gummischlauch; extraperitoneale Stielbehandlung; Fixirung des Stumpfes außer der Naht noch durch Lanzennadeln und Spencer-Wells'sche Ovarialklammer; Jodoform auf den Stumpf; aseptischer Verband. Fast fieberfreier Wundverlauf. Eine gewisse Behinderung im Gehen durch Schmerzen im Kreuz und Schwäche in den Beinen blieb noch einige Monate zurück. Das Kind starb 14 Tage post operationem an Magenkatarrh in Folge mangelhafter Pflege und großer Armuth der Eltern.

2) 28jährige Vpara; die letzte Entbindung vor 3 Jahren, Zwillinge; der erste musste wegen Querlage gewendet werden; seit 5 Jahren Kreuz- und Lendenschmerzen; seit 1884 konnte Pat. in Folge heftiger Knochenschmerzen kaum noch umhergehen und wurde auffallend kleiner. Am 12. Juni 1885 wurde K. gerufen; das Fruchtwasser schon 3 Tage abgegangen. Der erhobene Befund der Beckenverhältnisse fast gleich denen im ersten Falle. Körperlänge 143 cm. Gravidität Ende des 8. Monats. Dist. spin. 25,5, Cr. 27,5, Troch. 28,0, C. ext. 19,0. Abstand der Sitzbeinstachel 4,0 cm; mäßiger Hängebauch; Längslage; Herztöne nicht hörbar. Die Vaginalexploration lässt die Kopfschwarte, von der Schädeldecke abgelöst, blasenförmig in die Scheide vorgewölbt erkennen; Muttermund nicht völlig verstrichen. Operation in derselben Weise wie im ersten Falle; Schwierigkeiten durch Adhäsionen des Netzes mit der vorderen Bauchwand; Konstriktion; die Ligatur fasst den sackförmig vorgewölbten Theil der Kopfschwarte mit; Incision nach Hervorwälzung des Uterus; Frucht war ein in Fäulnis übergegangener, achtmonatlicher Knabe; wegen der schwierigen Stumpfbildung, da die Person sich erst am Ende des 8. Graviditätsmonats befand, wurde der Schlauch schon um das erste

Drittheil des Corpus gelegt und kam so zu liegen, dass das rechte Ovarium unterhalb desselben sich befand; es wurde isolirt abgetragen. Blutverlust wie in Fall 1 sehr gering. Jodoform auf den extraperitoneal behandelten Stumpf. Listerverband. In den ersten Tagen bedeutender Collaps; dann bald Genesung. Auch hier war einige Monate nach der Operation das Gehvermögen der Pat. noch stark beeinträchtigt. Die während der Entbindung der beiden Pat. vaginal vorgenommenen Versuche einer passiven Dehnbarkeit des Beckenringes blieben erfolglos, nur wurde über starke Schmerzen beim Druck auf die Knochen geklagt.

Die in der Bukowina endemisch auftretende Osteomalakie führt Verf. darauf zurück, dass die meist ärmliche und unter den schlechtesten hygienischen Verhältnissen lebende weibliche Bevölkerung aus Furcht vor sich zu schnell wiederholenden Schwangerschaften ihre Kinder Jahre lang stillt. Der zweite Fall ist wohl der bisher einzig publicirte, bei welchem schon im 8. Schwangerschaftsmonat die Porro'sche Operation ausgeführt wurde. Trotz der Kleinheit der Frucht war bei den ganz bedeutenden räumlichen Missverhältnissen nicht an ein anderes Entbindungsverfahren zu denken und da die Person schon 70 Stunden gekreißt hatte, die Wasser schon seit 3 Tagen abgeflossen waren, der Verdacht einer beginnenden Sepsis also schon sehr nahe lag, so stellt gerade speciell dieser Fall den Werth der Porro'schen Operation in das hellste Licht.

Auch in Betreff des Modus der Lösung und des Austrittes der Placenta ist derselbe darum interessant, weil K. hierbei die Angaben Ahlfeld's in vollem Umfange bestätigen konnte. Verf. beobachtete, wie sich die Placenta in demselben Maße, als sich der Uterus verkleinerte, erhob, scheinbar kleiner, aber dicker und höher wurde, am stärksten in ihrem Centrum. Der Placentarrand haftete fest und nirgends floss an ihm Blut hervor; weiterhin, sich immer mehr im Centrum erhebend, trat die Placenta mit der inneren, fötalen Fläche voran, aus der Schnittwunde hervor, bis sie nur noch längs ihres Randes haftete, während die übrigen Partien stark nach außen vorgewölbt waren. Schließlich löste sich auch der Rand, Blut floss ab und die Nachgeburt fiel, die Fötalfläche nach abwärts, aus der Uterushöhle hervor, die umgestülpten Eihäute nach sich ziehend.

(Auch hier wird, trotz der genauen Beobachtung, der Einwand nicht von der Hand gewiesen werden können, dass der durch den Schnitt eröffnete Uterus in Bezug auf den Lösungsvorgang der Placenta keineswegs die normalen Verhältnisse des uneröffneten Uterus darbietet. Ref.) **Menzel** (Görlitz).

### 11) **Graefe.** Zur Lehre von den puerperalen Spätblutungen.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. Hft. 2.)

In anerkennenswerther Weise weist Verf. auf einige bisher wenig oder gar nicht beachtete Punkte bei der Ätiologie und dem Zustandekommen der puerperalen Spätblutungen hin, zu denen er alle Hämorrhagien, gleichviel ob geringfügig oder profus, rechnet, welche vom 7. Tage des Puerperiums bis zum Ende des Wochenbettes vorkommen.

Seine daraufhin bezüglichen Ausführungen fasst G. in folgenden Punkten kurz zusammen.

1) Den in der großen Mehrzahl der Fälle geringfügigen puerperalen Spätblutungen kommt eine sehr wichtige, symptomatische Bedeutung zu; sie sind ein Zeichen und in der Regel das einzig direkt zu Tage tretende, von ungenügend fortschreitender Rückbildung des Uterus.

2) Oft sind sie die Vorboten profuser, selbst lebensgefährlicher Hämorrhagien.

3) Letztere danken ihre Entstehung meist placentaren oder fibrinösen Polypen und zwar in der ersten Hälfte des Wochenbettes der partiellen oder totalen Lösung derselben.

4) Im späteren Verlauf des Puerperium können der Uteruswand adhärente Retentionskörper zu einer sehr schnellen Regeneration und übermäßigen Schwellung der Uterusschleimhaut (analog dem Reiz, den submuköse Myome oder andere Polypen beim nicht puerperalen Uterus auf die Schleimhaut der Gebärmutter ausüben) führen, welche starke Metrorrhagien zur Folge hat.

5) Mäßige Blutungen in der ersten Hälfte des Puerperiums können dann zu bedrohlichen werden, wenn der Abfluss des in das Cavum uteri ergossenen Blutes behindert ist. Durch den zunehmenden Inhalt wird die Uterushöhle erheblich erweitert, in Folge dessen die an der Placentarstelle mündenden Gefäßlumina aus einander gezerrt, die sie schließenden Thromben losgelöst und so die Blutung stärker und stärker werden. Das Abflusshindernis kann in einer Abknickung des Corpus uteri zum Cervix in Folge von Ante- oder Retroflexion oder in das Os int. verlegenden Polypen oder alten Blutgerinnseln bestehen.

Als Beleg für Punkt 3 und 4 werden folgende Krankengeschichten angeführt:

19jährige Ipara; Geburtsverlauf normal; Credé'scher Handgriff; leichte Atonia uteri und unmittelbar post partum; vom 10. Tage an leichte blutige Lochien; am 14. Tage profuse Metrorrhagie. Manuelle Entfernung eines größeren Placentar- (Placenta succenturiata) und mehrerer kleinerer fibrinöser Polypen. Genesung.

38jährige Vpara. Normale Geburt; Credé'scher Handgriff; während des ganzen Wochenbetts nur auf Stunden unterbrochener Blutabgang; am 25. Tage profuse Blutung. Manuelle Entfernung von 4 haselnuss- bis bohnengroßen fibrinösen Polypen. Genesung.

23jährige Ipara. Spontane Geburt; Credé. Wochenbett bis zum 21. Tage normal; dann mehrfache Spätblutungen. Curettement entfernt einen fingernagelgroßen Placentarpolypen und eine Menge stark verdickter Schleimhautpartien. Genesung.

Die folgenden beiden Fälle demonstriren Punkt 5.

27jährige IIpara. Normale Entbindung. Credé. Fieberhaftes Wochenbett; aber fortwährender, mäßiger Blutabgang; am 8. Tage post partum wiederholter Abgang von Coagulis, Schwindel, Ohnmachten. Fundus handbreit über der Symphyse; Vagina und Uterus mit zahlreichen Blutgerinnseln angefüllt. Expression; Ergotin subkutan und manuelle Ausräumung des Cavum uteri. Keine Spur von Eihaut- oder Placentarresten. Genesung.

26jährige IIIpara. Nach den ersten beiden Entbindungen schon Nachblutungen; dritte Geburt normal; Expressio placentae; Blutung ex atonia uteri; vom 10. Tage an Spätblutung mit wiederholtem Abgang von Blutgerinnseln. Fundus 2 Querfinger unter Nabelhöhe; im Bett reichliche Mengen von Coagulis; Expression erfolglos. Manuelle Ausräumung des Uterus und der Vagina: auch hier außer den Coagulis keine Retentionskörper. Genesung.

Die Prophylaxe besteht in genauer Besichtigung der Nachgeburtstheile, sofortiger Entfernung von Placentar- oder Eihautresten; bei geringer Tendenz zur Kontraktion Reiben des Uterus und Secale in allen Formen; bei Neigung zur Atonie heiße oder kalte Intra-uterin-Injektionen. Das wesentlichste Hilfsmittel für eine normale Involution des Uterus ist die Laktation.

Jedweder Therapie gegen aufgetretene Spätblutungen hat eine interne und kombinirte Untersuchung der Puerpera voranzugehen. Auch hier empfiehlt G. bei Subinvolutio uteri Secale oder Ergotin mehrere Wochen lang, unterstützt durch kalte oder heiße Vaginalinjektionen. Von Hydrastis hat er im Wochenbett keine Wirkung gesehen. Uterusdeviationen sind sofort zu korrigiren und nach der Reposition durch ein Pessar zu fixiren. Bei Vergrößerung des Uterus ist derselbe auszutasten und Coagula, Eihaut- oder Placentareste entweder manuell oder durch die Curette zu entfernen; eine voranzuschickende Dilatation wird sich meist als unnöthig erweisen. Dass sowohl vor als nach dem betreffendem operativen Eingriff strenge Antisepsis anzuwenden, ist selbstverständlich. **Menzel** (Görlitz).

## 12) **Péan.** Die Behandlung cystischer Tumoren des Abdomens und Beckens auf dem Wege der Eiterung.

(Gaz. des hôp. 1886. März 18. No. 33.)

Obgleich es mit den Fortschritten in der Technik der Laparochirurgie in den meisten Fällen gelingt, diese Behandlungsmethode gutartiger cystischer Tumoren durch die ideale totale Exstirpation zu ersetzen und Péan z. B. bei zunehmender Übung in letzter Zeit fast nie gezwungen war, bei Ovarialtumoren dazu zu greifen, so

giebt es doch eine große Zahl derartiger gutartiger Geschwülste, die einerseits wegen ihrer Lage in lebenswichtigen Organen (Lebercysten, zuweilen solche der Milz, Niere etc.), andererseits ihrer sonstigen Natur nach (abgekapselte peritonitische Exsudate; Cysten mit untrennbarer Verwachsung an Aorta, Vena cava etc.) stets nur eine derartige erlauben werden.

Für solche Fälle verwirft nun P. (und wohl mit Recht) die Doppelpunktion und Canule à demeure, auch die Eröffnung durch Ätzmittel und beschreibt seine Technik der breiten freien Eröffnung mit Verkleinerung der Cyste in einer Zeit, durch die er langdauernden Eiterungen und Infektion vorbeugt und die er in 20 Jahren in 57 Fällen (darunter noch 22 Ovarialcysten [die er jetzt exstirpiren würde], 10 Cysten des Mesenterium, 6 der Lig. lat., 5 cyst. Uterustumoren, 4 abgekapselte peritoneale Exsudate, 3 Lebercysten, 2 der Gallenblase etc. etc.) mit Glück anwandte.

Er geht folgendermaßen vor: Breite Eröffnung des Peritoneum, Einführung der ganzen Hand zur Bestimmung der Adhäsionen, möglichste Entleerung durch Punktion, sodann breite Eröffnung der Cyste unter Leitung des liegenbleibenden Trokars, möglichstes Hervorziehen derselben, Verkleinerung durch Abtragen der vorgezogenen Partien nach Umstechung, resp. Anlegung breiter Péan'scher Zange, exakte Einnähung in die Wunde; Durchstoßung eventueller Zwischenwände zur Herstellung einer einkammerigen Cyste; 1 langes, 1 kurzes Drain, antiseptische Ausspülungen.

(Da Doppelpunktion und Ätzmittel in der deutschen Chirurgie für derartige Tumoren schon lange verworfen sind, wird diese Behandlungsmethode, die völlig der Lindemann-Sänger'schen der Echinokokken entspricht, schon lange geübt; sie konkurrirt mit der Operation à deux temps. Kurze Heilungsdauer resp. Vermeidung von Infektion und Eiterung lassen sich auch unter dieser bei richtiger Anwendung der Antisepsis eben so in ungefährlicher Weise erzielen. Ref.)

**Hadra** (Berlin).

13) **E. Pritzl** (Wien). Eine Geburt in Hypnose.

(Wiener med. Wochenschrift 1885. No. 45.)

S. M., 26 Jahre alt, immer gesund, normal menstruirt im 14. Jahre, wurde Ende Januar 1885 schwanger. Verlauf der Schwangerschaft normal. P. hypnotisirte das Mädchen wiederholt während des Aufenthaltes in der Anstalt, schon vor Beginn der Geburt. Schon eine 10 Sekunden dauernde Fixation einer beleuchteten Thermometerkugel genügte, um eine vollständige Hypnose zu erzielen. Die fötalen Herztöne blieben dabei eben so unverändert, wie die mütterliche Athmung und Pulsfrequenz. Nach viertel- bis halbstündiger Dauer wurde der Zustand durch kräftiges Rütteln des Körpers, Blasen auf die geöffneten Augen und dergleichen unterbrochen. Nach solchen Versuchen fühlte sich das Mädchen stets wohl und hatte nur ein anhaltendes Schlafbedürfnis. Am 30. Oktober begann die Geburt. Die Frucht war in zweiter Schädellage. In der Eröffnungsperiode wurde der Blasensprung ausgeführt. Die früher schwachen Wehen wurden nun intensiver und schmerzhafter, erhielten aber einen entschieden krampfartigen Charakter, so dass P. auf den Gedanken kam, die Hypnose statt eines Narkotikums zu versuchen und deren Einfluss auf den weiteren Geburtsverlauf zu beobachten. In der oben erwähnten Weise gelang es auch, die Kreißende bewusstlos und empfindungslos zu machen. Das Bild der Geburt änderte sich nun bedeutend. Die Wehen wurden energischer, dauerten 50 Sekunden, wurden von der Bauchpresse kräftigst unterstützt. Die Wehenpausen dauerten fast 2 Minuten. Während der Wehen beugte die Kreißende krampfhaft den linken Vorderarm und bekam eine gewisse Steifheit im linken Beine. Unter Ächzen und Stöhnen warf die Frau den Kopf herum, bis sie bei eintretender Wehenpause sich wieder beruhigte und wie eine Schlafende dalag.

Die durch die Hypnose geordnete Wehenthätigkeit, unterstützt durch die Bauchpresse, beendigte rasch die Geburt. Innerhalb 12 Kontraktionen war der bei Beginn des lethargischen Zustandes nur für 3 Finger durchgängige Muttermund erweitert und das Kind (Mädchen, lebend, 2900 g) ausgetrieben worden. Nach

einer Pause von 5 Minuten begann die Gebärmutter neuerdings ihre Thätigkeit. Im Mittel 30 Sekunden anhaltende, intensive Wehen traten auf und wurden von der Bauchpresse in einer von P. nie beobachteten vehementen Weise in ihrer Wirkung gefördert. Mit der 14. Wehe war die Placenta in die Scheide geboren, worauf die Kontraktionen des Uterus sistirten. Nach $^3/_4$ Stunden wurde die Placenta aus der Scheide entfernt und die Mutter durch Vorhalten von Liq. ammon. caust. aus dem im Ganzen $^5/_4$ Stunden währenden hypnotischen Schlafe erweckt. Sie erinnerte sich nur an das Vorhalten der Thermometerkugel und war sehr erstaunt, dass die Geburt bereits vollendet war. Der Verlauf des Wochenbettes blieb physiologisch. P. vermeidet es absichtlich, weitere Konsequenzen aus diesem in mehrfacher Beziehung interessanten Falle zu ziehen. **Felsenreich** (Wien).

## 14) C. Fleischmann (Prag). Zwei Fälle von Anwendung des konstanten Stromes zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVII. Hft. 1.)

In den beiden Fällen, in welchen F. die Anwendung des konstanten Stromes zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt versuchte (beide Mal gab Beckenenge die Indikation ab), führte dieselbe in so fern zu einem positiven Resultat, als Uteruskontraktionen hervorgerufen wurden. F. lässt es aber dahingestellt, einen wie großen Antheil am Erfolg die mit der Galvanisation verbundene mechanische Reizung hatte. Im ersten Falle genügten die wiederholten Reize wegen der allmählich sinkenden Erregbarkeit des Organes und abnorm fester, narbiger Beschaffenheit der Vaginalportion nicht, um für sich allein die Geburt zu Ende zu führen. Es gelang dies erst durch die von Breisky modificirte Cohen'sche Methode (Einspritzung von 1‰iger Thymollösung mittels eines mit einem Irrigator in Verbindung gebrachten Injektionsrohres zwischen Uteruswand und Eihäute). Das schließlich mit der Zange entwickelte Kind lebte. Die Mutter machte ein normales Wochenbett durch.

In dem zweiten Fall gelang es, die künstliche Frühgeburt allein durch den konstanten Strom einzuleiten und zwar nach 17maliger Applikation desselben im Verlauf von 8 Tagen (Maximalzahl der Elemente 18). Normaler Wochenbettsverlauf bis zum 4. Tage, an welchem die Temperatur auf 38,7 stieg in Folge eines belegten Ulcus an der cervikalen Fläche der vorderen Muttermundslippe. Nach Betupfung desselben mit Tct. Jodi Abfall der Temperatur auf die Norm. F. glaubt, dass es sich um einen von der Kathode herrührenden Ätzschorf gehandelt habe. Abgesehen von dieser unerheblichen Störung wurde die Galvanisation in Fall I und II von Mutter und Kind gut vertragen. Letzteres reagirte meist durch äußerst lebhafte Bewegungen gegen den elektrischen Reiz.

In beiden Fällen erzielte man eine bessere Wirkung, wenn die Kathode im hinteren Scheidengewölbe, die Anode auf der Lendenwirbelsäule ihre Angriffspunkte suchten, als wenn die Anode auf den Fundus uteri gebracht und die Kathode gleichzeitig in den Cervikalkanal eingeführt wurde. F. macht hierauf besonders aufmerksam, weil durch Bestätigung dieser Beobachtung die Methode bedeutend an Sicherheit gewinnen würde. Erstens wären die mannigfachen mechanischen Reizungen, sobald nur vom Scheidengewölbe aus operirt würde, leichter auszuschalten; zweitens könnte man der vaginalen Elektrode eine viel größere Oberfläche als der uterinen geben und so die Leitungswiderstände erheblich vermindern. Drittens würde die Gefahr der Infektion auf ein geringes Maß beschränkt und dadurch der Methode ein bedeutendes Übergewicht über alle derzeit gebräuchlichen geschaffen. **Graefe** (Halle a/S.).

## 15) L. Fürst (Leipzig). Einige Fälle von Geschwülsten der äußeren Geschlechtstheile.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVII. Hft. 1.)

1) Polypöses Fibroid der rechten großen Schamlippe einer 41jährigen Frau. Die im Beginn der ersten Gravidität erbsengroße Geschwulst nahm bis zum Um-

fang einer Weinbeere zu und blieb während der folgenden 10 Jahre ziemlich unverändert. Seit 2 Jahren schnelleres Wachsthum und Stielbildung. Nach Angabe der Pat. zur Zeit der Menstruation stets Anschwellung des Tumors, Beginn der Abschwellung schon während der Blutung. Befund vor der Operation: Langgestielte, feigengroße Geschwulst. Stiel von der Dicke eines starken Bleistiftes zeigt oberflächliche, erweiterte Venen und deutlichen Pulsschlag.

Ablösung des Tumors von seiner Ansatzstelle durch einen eirunden Schnitt. Katgutligatur dreier ziemlich großer Arterien; Naht. Prima intentio unter antiseptischem Verband.

2) Spindelzellensarkom der linken, kleinen Schamlippe bei einer 38jährigen Frau, welche 11mal geboren. Seit 6 Jahren als Anfangs haselnussgroße, angeblich von der Leistengegend ausgehende Geschwulst bemerkt. Senkte sich allmählich nach den Schamtheilen. Starkes Wachsthum und erhöhte Empfindlichkeit seit 2 Jahren. Bei der Operation fand sich der Tumor die linke kleine Schamlippe einnehmend, walzenförmig, von der Größe eines Emu-Eies, in der Ausdehnung eines silbernen 5-Markstückes ulcerirt. Harnröhre unbetheiligt. Ausschälung der Neubildung gelang nach oben hin leicht, nach innen und vorn an den verdünnten und entzündeten Hautstellen schwer. In der Tiefe starke z. Th. venöse, z. Th. arterielle Blutungen durch Katgutunterbindung gestillt. Wundhöhle durch versenkte Katgut- und oberflächliche Seidenligaturen geschlossen. Fieberloser Heilungsverlauf. Mikroskopische Untersuchung ergab als wesentliche Bestandtheile des Tumors lange, schmale, spindelförmige, in sich durchkreuzenden Bündeln angeordnete Zellen. F. möchte denselben daher als Spindelzellensarkom bezeichnen, wenn auch die Erscheinungen, die Entstehung der Neubildung in der Leistengegend, ihr Herabrücken nach der kleinen Schamlippe zu, die Richtung ihres Längsdurchmessers entsprechend der Leistengegend an eine dem runden Mutterband entstammende, myomatöse Geschwulst denken lassen könnte.

3) Vorgefallene Scheidencyste von Gänseeigröße, seit 5 Jahren als kleine, schmerzlose Geschwulst im unteren Drittel der Scheide bemerkt. Während des Wachsthums derselben 4 Geburten. Austritt des Kindes mehr und mehr erschwert. Untersuchung ergab eine cystöse Geschwulst der hinteren Scheidenwand. F. hält es für möglich, dass sie von einem puerperalen, zu cystöser Abkapselung gelangten Thrombus ausgegangen sei, auf Grund des mikroskopischen Befundes (Cystenwand mit geschichtetem Plattenepithel ausgekleidet) für wahrscheinlicher, dass es sich um eine angeborene, an dieser Stelle ungewöhnliche Erweichungscyste epidermoidalen Ursprungs gehandelt.

Zum Schluss referirt Verf. kurz 3 Fälle von Abscess der Bartholini'schen Drüsen. Er räth nicht nur zu incidiren, sondern ein Stück der Abscesswand zu excidiren, die Höhle mit dem scharfen Löffel auszuschaben, dann auszuspülen und mit Jodoform zu füllen. Recidive sollen auf diese Weise mit Sicherheit vermieden werden. **Graefe** (Halle a/S.).

---

## *59. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Berlin.*

*Herr Dr. Zeiss (Erfurt) hat die Freundlichkeit gehabt, sich zur Berichterstattung über die Verhandlungen der gynäkologischen Sektion, bereit zu erklären. Ich bitte desshalb diejenigen Kollegen, welche Werth auf die wörtlich genaue Wiedergabe ihrer Vorträge legen, ein Originalreferat Herrn Dr. Zeiss sofort oder wenigstens recht bald nach dem Vortrage zu übergeben.*

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

**Zehnter Jahrgang.**

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 38.** **Sonnabend, den 18. September.** **1886.**



## I. Berichtigung und Erwiederung.

Von

**Dr. Otto v. Herff in Darmstadt.**

In seiner Abhandlung über Sublimat in No. 34 des Centralblattes für Gynäkologie (p. 556) behauptet Dr. R. Ziegenspeck, dass ich in meiner Arbeit: »Über Ursache und Verhütung der Sublimatvergiftung bei geburtshilflichen Ausspülungen des Uterus und der Vagina« (Archiv für Gynäkologie, Bd. XXV) den Fall von Mäurer als Beweis für die Aufsaugungsfähigkeit der Scheidenhaut angeführt habe. Dies ist ein Irrthum des Verf.s. Denn ich habe gleich im Anfange meiner Arbeit gerade diesen Fall (so wie aus anderen Gründen auch noch drei weitere Fälle) »gänzlich ausgeschieden«, weil — wie ich ausdrücklich hervorgehoben habe — es zweifelhaft sein könne, ob die in diesem Mäurer'schen Falle beobachteten Symptome auch wirklich Vergiftungserscheinungen gewesen seien oder — wie ich an einer anderen Stelle sage — weil hier gewisse Verhältnisse vorliegen, welche auch eine andere Deutung dieses Falles zulassen.

Sodann möchte ich, um einem etwaigen Missverständnisse vorzubeugen, doch die Bemerkung des Verf.s: dass ich »den Uterus für verhältnismäßig unschuldig an den Vergiftungen« halte, dahin präcisiren, dass ich nach dem Wortlaute meiner Arbeit eine Aufsaugung der Spülflüssigkeit von der Gebärmutter aus, zumal durch Aspiration, für sehr wohl möglich erachte und nur der Ansicht bin, dass bei dem Uterus — Atonie und Wunden ausgeschlossen — sich die Resorptionsgefahr wesentlich vermindert, weil — aus verschiedenen von mir angegebenen Gründen und namentlich wenn zugleich für einen vollkommen freien Abfluss der Spülflüssigkeit aus Uterus und Vagina Sorge getragen wird, wie ich dies verlange — in dem Cavum uteri eine länger dauernde Retention bez. eine Resorption größerer Mengen der Sublimatlösung so leicht nicht stattfinden kann.

Wenn aber nun Ziegenspeck die von mir aus meinen Beobachtungen gezogene weitere Schlussfolgerung: dass die toxischen Quantitäten des Sublimats meistentheils von der Scheide aus aufgenommen würden (besonders bei einer Retention der Ausspülflüssigkeit in derselben), als nicht zutreffend bezeichnet, wie es scheint hauptsächlich desshalb, weil die Vagina ein Pflasterepithel besitzt und dagegen mehr geneigt ist, den namentlich bei Wöchnerinnen »ausgedehnt mit Cylinderepithel bekleideten« Theil der Vaginalportion (Ektropium) als den Ort der Resorption in dem Scheidenkanale anzunehmen, so stützt sich dieser Einwand allerdings auf die althergebrachte Ansicht, dass Pflasterepithel wenn auch nicht ganz, so doch nahezu eine Aufsaugung verhindere. Indessen stehen dieser Annahme doch gewichtige Bedenken entgegen. Vor Allem ist durch zahlreiche Arbeiten bereits für verschiedene Arzneistoffe, flüchtige und nicht flüchtige, die Resorptionsfähigkeit der Scheidenhaut exakt und unzweifelhaft nachgewiesen; auch sonstige hierher gehörige Beobachtungen liegen vor, wie z. B. Vergiftung mit tödlichem Ausgange durch Einlegen von Arsenik in die Scheide. Wie soll man ferner die anästhetischen und Allgemein-Wirkungen des Cocains bei Anwendung desselben in der Scheide anders als durch Resorption erklären? Ferner erinnere ich an die zahlreichen Vergiftungen durch Karbolsäure, deren Zustandekommen nur durch Aufsaugen dieses Mittels von der unverletzten Haut aus erklärt werden kann, obgleich diese im Vergleiche mit der Scheidenhaut ein doch bei Weitem mächtigeres und z. Th. selbst verhorntes Pflasterepithel besitzt. Ich selbst habe als Assistent des Prof. Bose wiederholt Karbolvergiftungen an mir beobachtet, welche einzig und allein durch Resorption des Karbols von den Händen aus während des Verbindens entstanden waren. Eben so dürften die konstatirten Wirkungen der Sublimatbäder wohl kaum anders zu erklären sein, als durch eine Resorption von der Haut aus. Denn die Annahme, dass das Sublimat von den zu Tage tretenden Schleimhäuten aufgesaugt werde (Nothnagel-Rossbach), erscheint doch sehr unwahrscheinlich, wenn man die so außerordentlich kleine Schleimhautfläche berücksichtigt, welche von der Badeflüssigkeit überhaupt erreichbar ist. Bei dem Manne z. B. könnte doch höchstens nur die Schleimhaut der Harnröhre in Betracht kommen, da die des Mastdarms für gewöhnlich nicht zu Tage tritt; auch bei dem Weibe ließe sich keine andere Eingangspforte finden, da die Vulva bekanntlich gar keine Schleimhaut besitzt und auch die Scheidenhaut — wenn diese einmal nicht resorbiren soll — keine wahre Schleimhaut darstellt, vielmehr der allgemeinen Hautdecke näher steht. Weiter erinnere ich an die unbestrittene und von mir selbst beobachtete Aufsaugungsfähigkeit der Blasenschleimhaut, die doch gleichfalls ein Plattenepithel trägt. Und so ließe sich leicht noch manches andere Beispiel anführen, welches darthun würde, dass das Plattenepithel an und für sich keineswegs gegen eine etwaige Resorption schützt. Somit kann die einfache Anwesenheit eines Pflasterepithels nicht als Grund gegen die Resorptionsfähigkeit einer Membran angeführt werden, wie dies Ziegenspeck zu thun scheint (p. 556).

Allein ganz abgesehen von all diesem, dürfte namentlich folgender Fall aus meiner Praxis des verflossenen Jahres — dessen ausführliche Mittheilung für eine andere Gelegenheit bestimmt ist — den Beweis liefern, dass die Scheidenhaut trotz ihres Pflasterepithels das Sublimat zu resorbiren im Stande ist.

Fräulein K., 41 Jahre alt, Nullipara, litt schon seit langer Zeit an Senkungsbeschwerden und namentlich auch während der Menstruation an einem sehr unangenehmen Gefühle von Druck und Schwere in dem Unterleibe. Die Untersuchung ergab im Wesentlichen eine Senkung der vorderen Scheidenwand, so wie eine große und harte Vaginalportion und Gebärmutter. Den Muttermund konnte ich Anfangs nicht auffinden und erst nach längerem Suchen gelang es mir, eine ganz kleine Öffnung nachzuweisen, die so eng war, dass nur eine sehr feine Bowman'sche Thränengangsonde sich in dieselbe einführen ließ. Da ein Pessar den Vorfall zwar zurückhielt, die sonstigen sehr lästigen Erscheinungen aber nicht beseitigte, so schlug ich der Dame vor, einen neuen Muttermund zu bilden und zugleich die Elytrorrhaphia anterior auszuführen. Zwei Tage vor der Operation wurden nun behufs Reinigung der Vagina zweimal täglich Sublimatausspülungen von

1 : 5000 gemacht. Äußere Umstände veranlassten indessen ein kurzes Hinausschieben der Operation, während welcher Zeit aber die Pat. die Ausspülungen fortsetzte. Schon am 4. Tage stellten sich nun die Symptome einer Sublimatvergiftung — Diarrhoe mit Tenesmus, Stomatitis und Salivation — ein, welche aber nach sofortigem Aussetzen der Ausspülungen rasch wieder verschwanden. Trotzdem wurden vor und bei der Operation — welche übrigens den besten Erfolg hatte — wiederum Sublimatirrigationen angewendet, wobei auch jener bekannte feste Verschluss der Scheide in Folge der Wirkung des Sublimats zu beobachten war. Vergiftungserscheinungen traten bei diesen Ausspülungen nicht wieder ein, vielleicht desshalb, weil diesmal überhaupt nur weniger Ausspülungen gemacht worden waren, so dass eine kumulative Wirkung nicht eintreten konnte, zumal für vollkommen freien Abfluss der Spülflüssigkeit aus der Scheide gesorgt wurde.

Meines Erachtens kann in diesem Falle die Resorption des Sublimats nur von der Scheidenhaut aus erfolgt sein. Denn ein Eindringen der Spülflüssigkeit in den Uterus ist hier vollständig auszuschließen, da der Muttermund ungemein eng und überdies noch durch ein sehr zähes glasiges Pfröpfchen verschlossen war. Auch waren nirgends — weder an der Scheidenwand, noch an der Vaginalportion — Verletzungen vorhanden, eben so wenig ein Ektropium etc.

Um wie viel leichter nun wird — namentlich wenn die Spülflüssigkeit längere Zeit in der Vagina zurückgehalten wird und diese Retention einen erhöhten Druck veranlasst — in dem Wochenbette eine Resorption des Sublimats erfolgen können, wo die Scheidenhaut weich und aufgelockert und zudem meistentheils auch noch verletzt ist, mögen nun diese Verletzungen Folge der Geburt sein oder, nach Ziegenspeck's eigenen Beobachtungen (p. 558), dadurch entstanden sein, dass durch die Sublimatausspülungen »die Epidermis sich in Fetzen abgehoben hat« und in Folge dessen »das Stratum Malpighii bloßgelegt worden ist«. Übrigens spielen hierbei nicht nur, wie Ziegenspeck hervorhebt, die Verletzungen in dem oberen Theile der Vagina, sondern überhaupt in dem Scheidenkanale eine Rolle.

Dass bei Wöchnerinnen auch die aufgelockerte Vaginalportion, besonders wenn sie zugleich frische Verletzungen trägt, oder wenn ein Ektropium vorhanden ist (was indessen selbst im Wochenbette, wie ich mich wiederholt überzeugt habe, nicht immer der Fall ist), sich an der Resorption betheiligen, diese sogar unter Umständen vielleicht auch ganz allein von hier aus einmal erfolgen kann, wird gewiss Niemand bestreiten wollen. Denn die Bedeckung der Portio bildet einen Theil der Scheidenhöhle und kann folglich auch bei einer etwaigen Retention der Spülflüssigkeit mit dieser in dauernde Berührung kommen. Aber diese kleine mit Cylinderepithel bedeckte (übrigens durch Blut und Schleim gewöhnlich einigermaßen geschützte) Fläche der Portio (Ektropium) etwa als die einzige Stelle in dem ganzen Scheidenkanale annehmen zu wollen, von der aus nur — so weit das Epithel in Frage kommt — eine Resorption möglich sein soll, dies kann nach dem, was ich oben gesagt habe (und insbesondere auch mit Rücksicht auf den mitgetheilten Fall, bei welchem weder Verletzungen, noch ein Ektropium, ja kaum ein Muttermund vorhanden war) nicht zugegeben werden.

Im Übrigen verweise ich auf die zahlreichen Aufsätze über die Resorptionsfähigkeit der Scheide, so wie namentlich auf die jüngste Arbeit G. Braun's, welcher zu ähnlichen Schlussfolgerungen wie ich gelangte.

---

## II. Ovariotomie bei Peritonitis in Folge von Stieltorsion mit glücklichem Ausgang.

Von

**H. Münster** (Königsberg i/Pr.).

Frau S., 25 Jahre alt, hat in 3jähriger Ehe zwei normale Entbindungen durchgemacht. Nach der vor $1^1/_2$ Jahren stattgehabten ersten Entbindung stellten sich ohne bekannte Veranlassung Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes ein, und wurde von Herrn Kollegen Krauspe (Insterburg) vor 1 Jahre ein dem rechten

Ovarium angehörender, annähernd faustgroßer, cystischer Tumor konstatirt. Bei der zweiten Entbindung im Januar 1886 exprimirte die Hebamme die Placenta; von dieser Zeit ab klagte die Pat. wieder über seitweise Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes, ohne äußerlich eine Veränderung des Leibes zu bemerken. Die Menstruation trat regelmäßig in 4wöchentlichen Intervallen ohne Beschwerden ein, das Allgemeinbefinden wurde außer durch die erwähnten Unterleibsbeschwerden vorübergehend durch hartnäckige Stuhlverstopfung gestört. Zu den Pfingstfeiertagen unternahm die Pat. eine Besuchsreise auf das Land und beschäftigte sich daselbst viel mit Gartenarbeit, welche stärkere Körperanstrengung und vielfaches Bücken erforderte. Am Abend des 13. Juni erkrankte Pat., welche am Tage zuvor über Stuhlverstopfung geklagt und am Tage selbst viel und anstrengend im Garten gegraben hatte, mit heftigen, reißenden Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes. Herr Kollege Krauspe, welcher aus Insterburg gerufen wurde, konstatirte an demselben Abend einen kindskopfgroßen, cystischen Tumor im Abdomen. Der Tumor war prall gespannt, auf Druck nur mäßig empfindlich, beweglich, lag dem Scheidengewölbe rechts schwer auf und ging deutlich gestielt rechts neben dem Uterus ab, welcher retrovertirt hinter und unter dem Tumor gelegen war. Es gelang, den Tumor vom Scheidengewölbe aus zu erheben und den Uterus in Anteversion zu stellen, wonach sehr bald ein wesentlicher Nachlass der Schmerzen eintrat. Mit Morphium (subkutan) 0,01 und einem hydropathischen Umschlag verbrachte die Pat. die Nacht ruhig. Am 14. Juni erfolgte auf ein Klystier Morgens eine unbedeutende Ausleerung; der Tag verlief ohne Störung, in der Nacht vom 14. zum 15. Juni stellten sich erneute Schmerzen ein, gingen jedoch auf eine subkutane Morphiuminjektion von 0,015 vorüber. Am 15. Juni veränderte sich im Laufe des Tages das Krankheitsbild vollständig: die Schmerzen traten in vermehrter Heftigkeit auf, die Temperatur stieg auf 39,8—40, der Puls auf 100 bis 120, das Scheidengewölbe erschien teigig infiltrirt, der Stiel des Tumors, so wie dessen untere Grenze waren nicht mehr zu fühlen, der Leib trieb meteoristisch auf, so dass auch die obere Tumorgrenze undeutlich wurde, wurde auf Druck empfindlich, daneben Singultus und quälende Urinretention. Eisumschläge auf das Abdomen, Eispillen; wiederholte subkutane Injektionen von Morphium 0,02 schafften nur vorübergehend Ruhe. In der Nacht vom 15. zum 16. Juni erging an mich von Herrn Kollegen Krauspe die telegraphische Aufforderung, baldmöglichst nach Insterburg zu kommen und alles für eine Ovariotomie Erforderliche mitzubringen. Bei meiner Ankunft auf dem $^1/_2$ Meile von Insterburg entfernten Gute am Morgen des 16. Juni fand ich die schwächlich gebaute Pat. stark verfallen, in fortwährendem Singultus, unter heftigem Stöhnen sich hin- und herwälzend, mit abdominalem Puls von 144 Schlägen und oberflächlicher, beschleunigter Respiration. Das Abdomen war stark meteoristisch aufgetrieben, bei leichter Berührung sehr empfindlich. Die Palpation ergab in Handbreite unterhalb des Nabels vermehrte Resistenz, die Perkussion von derselben Höhe ab eine in der Mittellinie bis zum Beckeneingang reichende Dämpfung von reichlich Handbreite, rechts und links von tympanitischem Schall eingefasst; bestimmte Kontouren eines Tumors waren nicht festzustellen. Von der Untersuchung per vaginam nahm ich, als voraussichtlich resultatlos, Abstand.

Nach der ganzen Entwicklung des Krankheitsbildes konnte über die Diagnose kein Zweifel bestehen: es handelte sich um eine entzündliche Erkrankung der Ovarialcyste, welche zu schweren peritonitischen Erscheinungen geführt hatte, wahrscheinlich bedingt durch Torsion des Stiels; bei der schnellen Entwicklung der Peritonitis lag es außerdem nahe, an eine Ruptur der Cyste in Folge der supponirten Stieltorsion und Austritt von Blut und Cysteninhalt in die Bauchhöhle zu denken. Die Therapie, von welcher allein Erfolg zu erwarten war, konnte — gleichviel ob Entzündung der Cyste allein oder Ruptur vorlag — nur in der Entfernung der Cyste bestehen, da nur so auf Rückgang der entzündlichen Erscheinungen zu rechnen war. Die Kranke gab, nachdem ihr die hohe Gefahr ihres augenblicklichen Zustandes und die Möglichkeit eines günstigen Ausganges bei operativer Behandlung vorgestellt war, sofort ihre Einwilligung zur Ovariotomie.

Operation: In Voraussicht der Operation hatte Herr Kollege Krauspe bereits ein isolirt gelegenes Zimmer durch Ausschwefeln, Aufscheuern des Fußbodens und reichliches Besprengen mit Karbolwasser möglichst desinficiren lassen. Das Operationslager wurde aus 2 neben einander gestellten Holztischen hergerichtet. Als Waschwasser diente Sublimatlösung 1 : 1000, desinficirte Schwämme hatte ich mitgebracht, die Instrumente wurden in 5%iges kochendes Karbolwasser gelegt und kurz vor der Operation in kühles 2%iges gebracht. Die Kranke erhielt eine Morphiuminjektion 0,015, wurde im Bett chloroformirt, danach in das Operationszimmer getragen und gelagert.

Reinigung der Bauchdecken und Vaginalausspülung mit Sublimatlösung 1:1000, Rasiren der Pubes, Katheterisation. Bei der Operation übernahm Herr Kollege Immel (Insterburg) das Chloroform, Herr Kollege Krauspe die Assistenz mir gegenüber, eine von mir mitgebrachte Wärterin die Instrumente und Schwämme. Ausgiebiger Hautschnitt dicht unter dem Nabel beginnend bis 3 Querfinger über der Symphyse in der Linea alba; Durchtrennung der Bauchdecken ohne wesentliche Blutung. Nach Spaltung des Peritoneums entleerte sich eine geringe Menge bräunlich blutiger Flüssigkeit und erschien zunächst in der Wunde ein Stück hyperämisches Netz und das meteoristisch aufgetriebene, getrübte, stark injicirte Colon transversum. Nach Emporschieben desselben präsentirt sich die blauschwarz verfärbte Cyste. Die vorsichtig in die Bauchhöhle eingeführte Hand findet die Kuppe der Cyste frei, trennt frische, bei der Lösung knisternde Adhäsionen zu beiden Seiten und konstatirte die Intaktheit des reichlich kindskopfgroßen, sehr prallen Tumors. Bei der Punktion der Cyste entleert sich heller, mit kleinen Bluteoagulis gemischter Inhalt; während des Ausfließens wird die Cyste vorsichtig mit den Händen erfasst und aus der Bauchwunde, unter Entleerung einer faustgroßen Nebencyste durch Anstechen herausgehoben. Bei der Entwicklung der Cyste erscheint an ihrer hinteren Wand und dem Uterus zu gelegen, ein fingerlanges, dunkelroth gefärbtes, fast 2fingerdickes, an der Fimbrienformation als das abdominale Tubenende erkennbares, erigirtes Gebilde, welches sich in die Tube fortsetzend den blauschwarz verfärbten Stiel umwindet. Der gesammte Stiel endigt rechts neben dem Uterus mit einer tiefen Einschnürung, unterhalb welcher die tief dunkle Färbung aufhört. Die Einschnürung war durch Achsendrehung des Stieles in der Richtung nach außen (vom Uterus weg) bedingt, bei deren Ausgleichung durch Drehung der entleerten Cyste in entgegengesetzter Richtung eine dreimalige Torsion gefunden wurde. Der Stiel wurde unterhalb der Torsionsstelle in der Mitte mit einer mit doppeltem starken Karbolseidenfaden armirten Nadel durchstochen, nach rechts und links unterbunden, außerdem mit einer in die Schnürfurche gelegten Massenligatur versehen; dann folgte die Absetzung der Cyste, Ausdrücken des Stumpfes, Vernähung seines Peritonealüberzuges, Einstäuben mit Jodoform, Kürzung der Ligaturen und Versenkung. Zwei nach einander in den Douglas gesenkte Schwämme werden rein herausgezogen; das linke Ovarium wird gesund gefunden. Verschluss der Bauchwunde durch 6 tiefe das Peritoneum mitfassende und 8 oberflächliche Karbolseidenknopfnähte. Einstäuben der Bauchwunde mit Jodoform, Überdecken einer Lage gekrüllter Karbolgaze, Einhüllen des Abdomens in mehrere Lagen Salicylwatte, die mit nassen Gazebinden fixirt werden. Dauer der Operation $1/2$ Stunde. Pat. wird in ein erwärmtes Bett gebracht und kam 1 Stunde nach der Operation in profusen Schweiß; der Puls ging auf 118 Schläge herunter.

Über den Verlauf berichte ich nach den Mittheilungen des Herrn Kollegen Krauspe.

16. Juni Abends Temp. 39, Puls 120. Erbrechen wiederholt aufgetreten.

17. Juni Morgens 38,6, Abends 38,4, Puls 120. Von Mittags ab kein Erbrechen. Blutabgang aus der Vagina. Urinretention. Katheterismus. Wegen Empfindlichkeit des Abdomens 2mal Morphium subkutan à 0,01.

18. Juni 38,6, Abends 38,2, Puls 108.

19. Juni 38, Abends 37,4. Blutabgang aus der Vagina hört auf. Abgang reichlicher Flatus nach Einlegen eines Darmrohres.

20. Juni 37,6, Abends 38,2, Puls 96.

21. Juni 37,3, Abends 37,9. Darmeingießung. Massenhafte Stuhlentleerung.

22. Juni 37,4, Abends 37,6.

23. Juni 37,4, Abends 37,5.

24. Juni 36,9, Abends 37,9. Verbandwechsel. Entfernung der Suturen. Wunde per primam geheilt.

25. Juni 37,6, Abends 38,2. Ol. Ricini und Eingießung.

26. Juni 36,8, Abends 37,2.

Pat. bleibt dauernd fieberfrei. Der Katheterismus muss noch bis zum 1. Juli fortgesetzt werden und hat Blasenkatarrh erzeugt, welcher durch Ausspülung der Blase mit schwacher Karbollösung beseitigt wird. Am 12. Juli (26. Tag nach der Operation) verließ die Pat. das Bett.

Der Tumor ist ein zweikammeriges, kindskopfgroßes Kystom. In situ betrachtet liegt die größere Cyste nach links (dem Uterus zugewendet), die kleinere nach rechts, so dass eine Vergrößerung des Querdurchmessers der ganzen Cyste im Verhältnis zum Höhendurchmesser vorliegt. Die Oberfläche, so wie die Wandungen sind mit kleinen, zahlreichen Hämorrhagien durchsetzt', die Wandungen brüchig, im Zustand der beginnenden Nekrose; die ganze Innenfläche ist mit frischen blutigen Auflagerungen bedeckt, in der kleinen Cyste ein frisches größeres Coagulum. Die Tube, an ihrem Abdominalende fast 2fingerdick, erigirt, strotzend mit frisch coagulirtem Blut gefüllt, bei Übergang in den Stiel fast fingerdick, schwarzblau verfärbt. Das dem Stiel angehörende Stück des Lig. latum ist durch einen Bluterguss ausgedehnt und weit hinauf abgehoben.

Dieser Befund zeigt, dass die Operation noch gerade zur rechten Stunde gemacht und so wirklich lebensrettend geworden war. Beginnende Blutung in die Bauchhöhle war vorhanden (die bei der Eröffnung des Peritoneum entleerte geringe Blutmenge entstammte wohl der Tube), Blutung in die Cyste selbst war, wie der Befund an der Innenfläche und speciell an der kleinen Cyste lehrte, bereits im Gange, die schon brüchigen Wandungen der Cyste hätten einer weiteren Ausdehnung durch Inhaltszunahme kaum längere Zeit hindurch Widerstand geleistet, und vielleicht einige Stunden später wäre die von uns schon vor der Operation als möglich angenommene Ruptur wirklich eingetreten und damit die Aussicht auf den endlichen Erfolg eine wesentlich geringere gewesen. Wenn man auch den Austritt von Blut und Cysteninhalt in die Bauchhöhle nicht übermäßig fürchtet, einen Entzündungsreiz giebt derselbe doch ab, und wie weit dieser eine, wie in dem vorliegenden Falle bereits vorhandene entzündliche Affektion des Peritoneums steigern kann, ist nicht vorauszusehen, ganz abgesehen davon, dass der operative Eingriff bei einer rupturirten Cyste ein bei Weitem bedeutenderer ist, als bei einer vollständigen.

Über den Mechanismus der Stieltorsion möchte ich mir folgende Vorstellung machen. Es ist unwahrscheinlich, dass die dreifache Torsion plötzlich entstanden ist; dieselbe hat sich vielmehr allmählich herausgebildet und schließlich auf Grund einer äußeren Schädlichkeit zur vollständigen Unterbrechung der Ernährungsbahnen und damit zu akut entzündlichen Erscheinungen geführt. Eine gewisse Disposition zur Torsion war durch die ungleichmäßige Entwicklung des Tumors (Überwiegen des Querdurchmessers) gegeben; die Dislokation des Tumors durch den Uterus gravidus, der Druck bei der Expression der Placenta, das Herabsinken der Cyste bei der puerperalen Rückbildung des Uterus, der Einfluss des im Puerperium und nach demselben abnorm gefüllten Rectums lassen weitere Momente für allmähliche Entstehung von Drehungen erkennen, während die vollständige Abknickung plötzlich unter dem Einfluss einer abnormen Anstrengung der Bauchpresse bei gleichzeitiger starker Füllung der unteren Darmpartien erfolgte.

---

1) **M. Herz** (Wien). Über Hysterie bei Kindern.

(Wiener med. Wochenschrift 1885. No. 43—46.)

Der Autor schließt sich der Anschauung Henoch's an, nach welcher ein Komplex der verschiedensten neurotischen Symptome, wie motorischer, sensibler, psychischer, ja selbst trophischer als der Ausdruck der Hysterie zu betrachten ist. Der Verlauf des Leidens kann regellos atypisch sein, doch haben die Anfälle auch oft einen genauen Typus in ihrer Wiederkehr. Abstammung von hysterischen, neuropathischen Eltern, schlechte Ernährung, Anämie, Chorose, unzweckmäßige körperliche wie geistige Erziehung, Onanie, Masturbation, prädisponiren zur Hysterie, welche dann bei einer durch ein lokales oder allgemeines Leiden geschaffenen Gelegenheitsursache zum Durchbruche gelangt.

Prävaliren die psychischen Symptome (Eintheilung nach Henoch) so wechselt bei den Kindern unbegründete, oft besorgniserregende Verstimmung und Traurigkeit mit ausgelassener Heiterkeit oder es kommt anfallsweise zu Halbschlummer, völliger Bewusstlosigkeit, Hallucinationen und Delirien. Die Zahl der Anfälle ist oft eine beträchtliche. Konvulsivische Zuckungen, tonische und klonische Krämpfe beenden oft einen Anfall. Neben Hysterie kann auch, wie H. beobachtete, wirkliche Epilepsie auftreten, wodurch die im Allgemeinen sonst günstige Prognose erschwert wird.

In einer zweiten Reihe von Fällen haben die konvulsivischen Erscheinungen das Übergewicht. Stimm- und Respirationskrämpfe, Singultus, Chorea laryngis oder Chorea major liefern das Bild der Hysterie. Partielle oder allgemeine, klonische oder tonische Muskelkrämpfe können selbst koordinirte Bewegungen vortäuschend auftreten, eben so die ganze Reihe der hysterischen Lähmungen.

Sensibilitätsstörungen (3. Kategorie) sind bei Kindern seltener. Parästhesien, perverse Empfindungen, die Haut- oder auch andere Nerven betreffend, findet man noch häufiger im Kindesalter.

Die Diagnose der Hysterie ist bei Kindern wie beim Erwachsenen per exclusionem zu stellen, ist aber gerade in den »einfachen oder leichten« Fällen oft recht schwierig und erfordert große Vorsicht. Hysterische Kontrakturen täuschen oft das Bild von Knochen- und Gelenkserkrankungen vor und erst der Verlauf wird dann bestimmend für Erkenntnis der Krankheit. Auch Simulation ist den Kindern nicht fremd.

Je größer der Wechsel der Symptome, desto günstiger ist die Prognose. Recidive nach kürzerer oder längerer Zeit sind häufig, insbesondere bei auf Heredität basirten Formen, deren Prognose überhaupt schwerer ist und die besonders bei eintretender Pubertät gern sich in andere Formen umwandeln.

Die Therapie wird die Stärkung und Kräftigung des ganzen Organismus, die Beruhigung der körperlichen und geistigen Aufregung des Pat. anstreben. Bei Kindern, die hereditär belastet sind,

wird man schon prophylaktisch für eine möglichst gute Ernährung des Kindes mit Vermeidung jeder Reizung des Nervensystems sorgen. H. bestätigt die guten Erfahrungen Henoch's über Chloralhydrat (0,5—1,0 pro dosi), Morphium (0,005—0,01 subkutan). Beide Mittel wirkten in einigen Fällen palliativ bei heftigen spastischen Erscheinungen. Die häufige Anämie erfordert Eisen, Arsen, protrahirte laue Bäder etc. Als beruhigendes Mittel erpfiehlt H. Bromkali kombinirt mit Chloralhydrat. Chloralhydr. 1,00, Kal. brom. 2,00 oder solut. 80,00, 2stündlich 2 Kinderlöffel. In einem Falle von Lauf- und Springkrämpfen wirkte nur Chinin. muriat. (1—1,50 pro die).

Bei leichteren Stimm- und Hustenkrämpfen hatte Chinin. hydrobrom. und bihydrobrom. 0,25—0,50, 3—4mal täglich, einen günstigen Erfolg; auch die Tct. belladonn., 3—5 Tropfen täglich, soll versucht werden. Von der Elektricität und Kaltwasserbehandlung weiß H. keinen günstigen Einfluss zu berichten; hingegen hat auf die Kleinen die Drohung, sie aus der elterlichen Pflege zu nehmen, einen oft überraschend guten Erfolg ausgeübt. **Felsenreich** (Wien).

---

## 2) **A. Doederlein** (Erlangen). Über Stickoxydul-Sauerstoffanästhesie.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVII. Hft. 1 u. 2.)

Der vorliegende Aufsatz ist eine Wiedergabe des vom Verf. in der gynäkologischen Sektion der 58. Naturforscherversammlung zu Straßburg i/E. gehaltenen Vortrages. Ein Referat desselben bringt der betreffende Sitzungsbericht im vorigen Jahrgang dieses Blattes (p. 642). In einem Nachtrag holt D. ein Versäumnis nach. Die Untersuchungen Winckel's und Tittel's, über welche Letzterer in der Dresdner gynäkologischen Gesellschaft seiner Zeit berichtet hatte, waren ihm entgangen. Sie haben im Wesentlichen zu denselben Ergebnissen geführt, wie die in der Erlanger Klinik angestellten. Den hauptsächlichsten Werth seiner Arbeit sieht D. darin, dass sie die Bedenken beseitige, welche von den genannten und anderen Autoren in Betreff der Schwierigkeit der Zubereitung und der Theuerkeit des Gasgemisches geäußert seien. **Graefe** (Halle a/S.).

---

## 3) **E. Cohn** (Berlin). Über Anästhesirung Kreißender.

(Deutsche med. Wochenschrift 1886. No. 16.)

Die Versuche wurden mit Bromäthyl, Stickoxydul-Sauerstoffgas und Chloroform gemacht. Die beiden ersten nur bei normalen, spontan verlaufenden Geburten, das letztere außer bei normalen auch bei allen operativ beendigten Geburten.

Was die Wirkung des Gasgemisches betrifft, so war die Wirkung auf das Herz gleich Null; die Respirationsfrequenz wurde häufig vermehrt; das Gesicht geröthet ohne Cyanose. Der psychische Einfluss war mit Ausnahme von 3 Fällen ein günstiger; in diesen drei Fällen trat ein Zustand höchster psychischer Aufregung, maniakali-

sches Schreien und große Unruhe ein. Die Wirkung auf die Geburtsarbeit und den Wehenschmerz ließ nichts zu wünschen übrig; die Wehen blieben sich gleich ohne Schmerz zu verursachen und die Frauen pressten ganz kolossal mit. Es entspricht also im Ganzen den zu stellenden Anforderungen, wenn auch die 3 Fälle mit der großen Aufregung für die Praxis zur Vorsicht mahnen. Weiter ist erschwert die Beschaffung des Gases und der Preis, der bei Narkotisirung in der ganzen Austreibungsperiode doch 10—12 Mark beträgt.

Bei Bromäthyl werden die Wehen nicht alterirt, Athmung und Puls bleiben unverändert, das Sensorium wird kaum oberflächlich benommen; der Wehenschmerz dagegen kommt als solcher nicht zur Perception, die Frauen pressen kräftig mit. Der Nachtheil besteht in der langsamen Ausscheidung des Anästheticums in der Form eines nach Knoblauch riechenden Gases durch die Lungen. Außerdem geht es auf das Kind über und Mutter und Kind exhaliren tagelang denselben penetranten Geruch.

Chloroform lähmt die Bauchpresse bei tiefer Narkose und verlangsamt so die Geburt. Dagegen ist die leichte Narkose sehr gut zur einfachen Stillung des Wehenschmerzes zu verwenden. Nachwirkungen auf die Kreißende traten nicht ein, dagegen lässt sich ab und zu eine Einwirkung auf das Kind nicht leugnen, namentlich bei tiefer Narkose. **Schellenberg** (Leipzig).

---

## 4) **Theodoroff.** Historische und experimentelle Studien über den Kephir.

(Verhandl. d. physiol. med. Gesellschaft zu Würzburg 1886. Bd. XIX.)

Nach einem kurzen historischen Überblick über Kumys und Kephir, welch beide Nährmittel ihrer Entstehung und qualitativen chemischen Zusammensetzung nach zusammengehören, geht T. auf die chemische Zusammensetzung näher ein.

Das Kephirferment, welches die Milch verschiedenen chemischen Veränderungen unterwirft, besteht getrocknet in gelblichen oder schmutziggelben Körnern, die gequollen weiß und elastisch werden. Mikroskopisch bestehen diese Körner aus Hefezellen und einer Bakterienart, die als doppelt kontourirte Fäden in ein dichtes Netzwerk verflochten erscheinen. In diesen Fäden sind entweder die runden Sporen endständig oder sie füllen den Faden ganz aus (daher Dispora caucasica). Die Vermehrung geschieht durch Theilung und Sporenbildung. In der Milch allein gedeihen die Kephirpilze gut; herausgenommen und getrocknet sollen sie 17 Monate lang lebensfähig bleiben.

Durch obiges Ferment wird nun in der Kuhmilch der Zucker durch alkoholische Gährung in Kohlensäure und Alkohol und durch die Milchsäuregährung unter Aufnahme von Wasser in Milchsäure verwandelt. Der größte Theil des Kaseïns wird dabei gefällt, der

Rest löst sich in den Molken. Bei längerem Stehen wird das Quantum des gefällten Kaseïns immer kleiner, indem sich ein Theil desselben in der Gährungsflüssigkeit löst; hierdurch also wird ein Theil des geronnenen Kaseïns in eine lösliche Form, die den Übergang zum Pepton bildet und als Hemialbuminose oder Propepton bezeichnet wird, übergeführt. Die Bestandtheile des Kephirs sind also die der frischen Milch + den Gährungsprodukten (Milchsäure, Alkohol, Kohlensäure, Hemialbuminose), welch letztere um so größer an Menge sind, je weiter die Gährung vorgeschritten ist.

Durch die Gährungsprodukte, besonders durch die Milchsäure, wird eine energischere Sekretion im Magen- und Darmtractus hervorgerufen und auf diese Weise eine leichtere und vollständigere Verdaulichkeit auch anderer Speisen bedingt. Der Puls wird durch den Alkohol etwas beschleunigter; die Diurese und Diaphorese tritt nach T. erst beim Gebrauch größerer Quantitäten auf.

Indicirt ist der Kephir bei chronischen Krankheiten der Respirations-, Verdauungs- und weiblichen Geschlechtsorgane, bei Anämie, Chlorose und in der Rekonvalescenz nach schweren konsumirenden Affektionen; Kontraindikationen bilden Fettsucht, Vollblütigkeit, akute Leber- und Nierenaffektionen, so wie Herz- und Gefäßkrankheiten.

Nach einer Reihe von Krankengeschichten kommt T. zu folgendem Résumé:

1) Der Kephir vergrößert in größeren Mengen die Harnausscheidung;

2) das specifische Gewicht des Harnes, so wie die festen Bestandtheile desselben sinken;

3) der Stickstoffaustausch im Organismus wird gehemmt;

4) die Verdauungsthätigkeit wird ermöglicht und angeregt, die Ernährung gehoben;

5) das Körpergewicht nimmt rasch und enorm unter Kephirgebrauch zu;

6) die Zahl der rothen Blutkörperchen wird vermehrt;

7) Schmerzen, besonders bei Lungen- und Magenkrankheiten lassen nach;

8) der Schlaf wird gebessert, ruhiger und erfrischender;

9) die Formen werden runder, schöner. **Menzel** (Görlitz).

---

### 5) **Urwitsch** (St. Petersburg). Zur Frage vom Übergange der Mikroorganismen aus dem Blute der Mutter in das des Fötus.

Dissertation, St. Petersburg, 1886. (Russisch.)

Auf Grund der hierher gehörigen Litteratur leugnet der Verf. die Möglichkeit des Überganges von Mikroorganismen aus dem Blut der Mutter in dasjenige des Fötus überhaupt. Das Kontagium der Masern ist noch nicht bekannt; an Scharlach erkrankt das Kind nur,

wenn in Folge pathologischer Veränderung der Placenta die Epithelien der Zotten verletzt sind. Von Typhus sind keine Fälle bekannt, von Recurrens nur die Fälle von Albrecht und Spitz, von Intermittens von Bohn. Die Fälle von Übergang von Erysipelas von Kaltenbach und Runge hält er für zweifelhaft[1]. Für Pneumonie spricht nur der Fall von Thorner. In Betreff der Septikämie schließt er sich der Meinung Runge's an, dass die Gefahr für den Fötus nur in den durch die Krankheit der Mutter hervorgerufenen Erscheinungen (Temperaturerhöhung, Veränderung der Placenta) besteht. Ansteckung des Kindes mit Syphilis durch die Mutter nach der Empfängnis hält die Mehrzahl der Autoren für unmöglich. Bei Tuberkulose geht nur die Prädisposition über. Auch in Betreff der sog. »sibirischen Pest« sind mit Ausnahme von Strauss, Chamberland und Kubassow die Autoren mit Bollinger der Ansicht, dass die Placenta ein undurchdringliches Filter für die Bacillen bildet.

Verf. machte Versuche an Mäusen mit den Mikroben der sog. Mäuseseptikämie, welche die kleinsten Bacillen hat. Die Ergebnisse waren negativ. Im Blut der Früchte wurden keine Bacillen gefunden, eben so wenig wie in den übrigen Organen und in der Placenta, während im Blute der Mutterthiere stets Bacillen gefunden wurden. Impfung mit dem Blute der Mutterthiere rief immer Septikämie hervor, mit dem der Früchte niemals. **Reimann** (Kiew).

---

### 6) **Budin** (Paris). Die Anwendung heißer Injektionen in der Gynäkologie.

(Abdruck aus Journ. de méd. de Paris in L'abeille méd. 1886. No. 6.)

B. empfiehlt vaginale Heißwasserduschen nicht nur bei uterinen Blutungen im Klimakterium, in Folge von Fibromyomen (einige Fälle vorzüglicher Wirkung werden kurz mitgetheilt), sondern auch bei chronischer Metritis und Perimetritis, bei fixirter Retroflexion. Er lässt sie stets in Rückenlage des Abends beim Zubettgehen und Morgens 1—2 Stunden vor dem Aufstehen während 6—8 Minuten ausführen. Die Temperatur der verwandten Flüssigkeit steigert er von 40 bis auf 50° C.

Auch bei Post-partum- und puerperalen Spätblutungen hat sich B. von der Wirksamkeit der Heißwasserinjektionen überzeugt, selbst in solchen Fällen, wo die Blutung aus vaginalen Einrissen stammte. **Graefe** (Halle a/S.).

---

[1] Die Fälle von Lebedew waren ihm noch nicht bekannt.

# Kasuistik.

## 7) Lebedeff. Über die intra-uterine Übertragbarkeit des Erysipel.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. Hft. 2.)

25jährige Ipara kommt, nachdem sie im Verlaufe der Gravidität geringe Ödeme der Unterextremitäten und ein Erysipel an denselben überstanden, zur Geburt ins Klinikum.

Pat. befindet sich im 7. Monat; Kindsbewegungen werden deutlich von ihr gefühlt; Herztöne schwach, rechts vom Nabel hörbar. Die Haut der linken unteren Extremität angeschwollen, hyperämisch, druckempfindlich, die Epidermis schält sich in großen Fetzen ab. Spontane Geburt, vorzeitig geborenes Mädchen, 35 cm lang, 1300 g, stirbt 10 Minuten post partum.

Das Aussehen der Haut des Fötus war höchst interessant. Am Schädel, Rumpf und den Extremitäten finden sich eine Menge rother Flecken von verschiedener Form und Größe, welche unter dem Niveau der anderen Haut liegen und von weißen Inseln unterbrochen sind; am Kopf prävaliren die weißen, am übrigen Körper die rothen Partien. Letztere stellen Exkoriationen dar, welche den Papillarkörper mit den stark injicirten Kapillaren bloßgelegt haben, während die ersteren sich als unverletzt gebliebene Epidermis, mit Vernix caseosa bedeckt, dokumentiren. Der Bauch ist besonders in der Lebergegend angeschwollen; erhebliche Vergrößerung der Leber, jedoch nur Plethora ohne pathologische Veränderungen; Peritoneum vollkommen normal, eben so die sämmtlichen Bauch- und Brusteingeweide.

Mikroskopische Untersuchung der exkoriirten Hautstellen ergaben folgenden Befund: Durch bald stärkeres, bald geringeres Fehlen der Epidermis und des Rete Malpighi ist der Papillarkörper bald mehr bald weniger frei gelegt; die entblößten Papillen zeigen größere und kleinere Ekchymosen; Fettdrüsen und Haarzwiebeln normal. Corium sehr reich mit Lymphelementen infiltrirt. Das subkoriale Fettzellgewebe enthält hauptsächlich Erysipelaskokken in runden, ovalen, dreieckigen und spindelförmigen Gruppen, welche die Lymphbahnen und Lymphspalten darstellen; sehr spärlich finden sie sich im Coriumgewebe selbst; in den Blutgefäßen wurden sie nirgends aufgefunden. Weder im Placentarblut, noch im Placentargewebe Erysipelkokken; in der Nabelschnur, nur unter der Amnionhaut, in sehr geringer Menge.

Den Gang der Übersiedelung der Kokken von Mutter auf Kind schildert L. in folgender Weise: durch das Lymphsystem der unteren Extremitäten, durch den Plexus iliacus und hypogastricus gelangten sie in die Lymphbahnen des Uterus, wo ihnen das Epithel der Placentarzotten hindernd entgegensteht. Hier sind es jedoch die epithellosen Zotten (Langhaus), welche sich tief in die Decidua serotina hinein erstrecken, die den Übergang auf die Frucht vermitteln. Dass die Placenta frei von Kokken, erklärt L. dadurch, dass sie dort, wo sie zuerst vorkamen, jedenfalls schon zur Zeit der Geburt verschwunden waren; in der Nabelschnur wurden sie dann wieder angetroffen.

Impf- und Kulturversuche wurden nicht vorgenommen.

Der Fall bietet eine werthvolle Ergänzung zu den beiden von Kaltenbach und Runge bereits früher veröffentlichten. **Menzel** (Görlitz).

## 8) v. Hacker (Wien). Zur Technik der supravaginalen Amputatio uteri.

(Wiener med. Wochenschrift 1885. No. 48.)

v. H. giebt in dem Artikel Aufschluss, wie er zu der Idee der Suspension des Uterusstumpfes nach supravaginaler Amputation gekommen ist. Wölfler hat einen Fall mit glücklichem Ausgange nach dieser Methode operirt und bei der Veröffentlichung desselben die Einzelheiten desselben schon beschrieben und begründet. (S. Centralbl. f. Gynäk. 1885 No. 44.) Ein der Suspension des Uterusstumpfes theilweise gleichartiges Verfahren wurde an der Billroth'schen Klinik bereits bei Ovariotomien in Verwendung gezogen, wenn die Bauchdecken durch

besonders große Tumoren, die mit der vorderen Bauchwand in weitem Umfange verwachsen waren, stark ausgedehnt waren. Durch Anlegung von Matratzennähten, handbreit von den Wundrändern, wurde ein Theil der Wundfläche des Peritoneums von der Bauchhöhle abgegrenzt und besonders drainirt.

H. beschreibt nun einen von ihm operirten Fall, in welchem er ein 7500 g schweres, mannskopfgroßes, intramurales, in der hinteren Wand des Uterus gelegenes, aus ihr nicht ausschälbares Myofibrom nach der Methode der supravaginalen Amputation und konischen Excision behandelte, den Stumpf aber nicht versenkte, sondern extraperitoneal lagerte. Der Verlauf war nicht glatt. Der kolossal dicke Panniculus verklebte nicht, so dass die Hautnaht wegen Sekretretention bis auf die mittelste Stelle entfernt und nach 10 Tagen Sekundärnähte angelegt wurden. Die Stumpfeiterung hielt ebenfalls lange an, so dass die Pat. erst nach 2 Monaten das Bett verlassen konnte. Die Suspension und extraperitoneale Stumpfbehandlung unter den Bauchdecken hat in diesem wie in Wölfler's erstem Falle die Vermeidung der Peritonitis ermöglicht, doch ist die Methode nur bei langem oder genügend beweglichem Stumpfe ausführbar. **Felsenreich** (Wien).

## 9) A. Wölfler (Wien). Zur Suspension des Uterusstumpfes nach supravaginaler Amputation.

(Wiener med. Wochenschrift 1885. No. 49.)

Die beiden ersten nach dieser Methode behandelten Fälle (Wölfler, v. Hacker) haben gezeigt, dass die Infektion des Peritoneums und die damit verbundene Peritonitis auch bei eintretender Stumpfeiterung und Nekrose vermieden werden könne. Seither hat Wölfler einen weiteren Fall nach der gleichen Methode operirt und es gelang ihm, in demselben eine vollständig reaktionslose Heilung zwischen dem Stumpfe und den ihn umgebenden Weichtheilen zu erzielen. Der Verlauf wäre also vollkommen normal gewesen, wenn nicht am 18. Tage nach der Operation bei Gelegenheit einer heftigen anstrengenden Bewegung (bei Stuhlentleerung) eine Thrombose der linken Vena iliaca aufgetreten wäre.

W. präparirte in diesem Falle eine Manschette aus der die Fibrommassen bedeckenden Serosa, so dass er die Stumpffläche ohne jede Spannung bedecken konnte. Um letztere auch sonst zu vermeiden, muss die Oberfläche des Stumpfes wenigstens in das Niveau der Symphyse kommen. Ist die Methode der Suspension wegen Kürze oder Unbeweglichkeit des Stumpfes nicht ausführbar, dann müsste etwa der Vorschlag Meinert's ausgeführt werden (extraperitoneale Stumpfversorgung per vaginam nach Eröffnung des Douglas und Umkippung des Stumpfes) oder es dürfte nach der neuesten Proposition W.'s die in obengenannter Weise gebildete, größere Manschette nicht zur Überkleidung des Stumpfes verwendet, sondern nach oben mit dem Peritoneum parietale vernäht werden, wodurch ein Sack entstünde, in dessen Tiefe der Uterusstumpf zu liegen kommt. Die Drainage kann dann entweder gegen die Bauchdecken nur oder auch durch den Cervikalkanal in die Vagina (Martin) geführt werden. **Felsenreich** (Wien).

## 10) H. Meyer. Über Verdoppelung der Gebärmutter und ihre Komplikation mit Schwangerschaft und einseitiger Atresie.

Inaug.-Diss., Zürich, 1883.

In einer Einleitung macht Verf. kurze embryologische Bemerkungen, so weit sie zu den vorliegenden Affektionen gehören und bespricht die Eintheilungsprincipe der Uterusmissbildungen nach Förster, Kussmaul, Rokitansky, Fürst. In den zu beschreibenden Fällen begegnen wir ausschließlich nur bicornen Arten. Wie leicht solche Missbildungen übersehen werden, zeigt folgender Fall. Eine 35jährige Jungfrau, vom 17. Jahre ab regelmäßig menstruirt, zeigte vom 21. Jahre ab Fluor albus und Molimina menstrualia. An der linken Seite des Uterus, der $6^1/_2$ cm lang war und nach rechts neigte, fand man einen kleineren Tumor von derselben Konsistenz wie der Uterus. Der Tumor war nicht recht zu deuten. Erst später fand Prof. Frankenhäuser beim Spekuliren, dass eine Scheidenverdoppelung vorlag. Dicht hinter dem Hymen begann die linke zweite, engere Scheide,

die im Gewölbe den Muttermund für den zweiten Uterus erkennen ließ. Uterus bicornis duplex cum vagina septa.

Schwangerschaft im Uterus bicornis. — Verf. führt 2 Beobachtungen aus der Züricher Klinik an.

1. Fall: Eine 22jährige Dienstmagd kam als Erstgeschwängerte im 6. Monat der Gravidität wegen Frühgeburt ohne besondere Ursache dafür zu eruiren in die Anstalt. Der Uterus neigte stark nach rechts, am Fundus war eine starke Delle zu konstatiren. Spontane Geburt. Manuelle Entfernung der Placenta. Entsprechend der Delle von außen fand man eine muskulöse Scheidenwand ins Innere herein ragen. Die Placenta inserirte im kleineren linken Horn.

2. Fall: Eine 33jährige Frau, die 3mal spontan geboren, kam wegen frühzeitiger Geburt im 5. Monat in die Anstalt. An der linken Kante des Uterus über dem inneren Muttermund fand man einen hühnereigroßen Tumor, der sich nach der Involution des Uterus als ein zweites Horn desselben ergab, indem man vom Cervix aus $9^1/_2$ cm nach rechts das eine Horn, $7^1/_2$ cm nach links das andere kleinere Horn sondirte.

Über Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn sind von Kussmaul ca. 12, später von Jaensch 20 Fälle gesammelt worden. Seither konnte Verf. nur noch 2 Fälle von Ruge und Chiari finden. Ein weiterer Fall ist von Dr. Jenny in Wädensweil beobachtet, wovon das Präparat in der Züricher Sammlung sich befindet. Eine 28jährige Frau, die einmal spontan geboren, starb nach Ausbleiben der Regel von 7—8 Wochen an den Symptomen einer Perforativperitonitis. Die Sektion ergab als Ursache eine Berstung des schwangeren Nebenhorns eines Uterus unicornis. Eileiter, Ovarien, runde Mutterbänder, Körper linkerseits ergaben physiologische Verhältnisse. Etwas unterhalb der Mitte dieses Körpers an seiner rechten Kante setzt mit dickem Stiel ein ca. 4 cm langer und 3 cm breiter Sack an, der nach oben eine Perforationsöffnung trägt. Nach außen an diesem Sack setzen die Tube, das runde Mutterband an. Das Ovarium dieser Seite trägt das Corpus luteum. Eine Verbindung der Höhlen beider Hörner ist nicht zu konstatiren, wesshalb der Fall ein weiterer Beweis für die Möglichkeit der Überwanderung des Samens ist. Eine Diagnose dieser Erkrankung ist bei der lebenden Frau bis jetzt nicht gemacht worden. Als Therapie gilt die der extra-uterinen Gravidität. Einseitige Retention im Uterus bicornis. Schon Andrieux machte darauf aufmerksam, dass bei Verdoppelungen das eine Horn nicht zu menstruiren brauche, ja sogar das stärker entwickelte. Dies bedingt ein vollständig anderes Krankheitsbild gegenüber den einfachen Atresien. Verf. führt 5 Fälle an, die sämmtlich Herr Prof. Frankenhäuser beobachtete und diagnosticirte.

1. Fall: Frau P., 26 Jahre alt, menstruirt vom 16. Jahre an, stark, oft zu früh, schmerzlos, bekam vor einem Jahre lebhafte Schmerzen im Unterleib im Anschluss an die Regel, die nach und nach wieder schwanden. Seither bemerkte Pat. ein Größerwerden ihres Unterleibes. Man findet unterhalb des Nabels eine quer gelagerte, gegen links hin keulenförmig angeschwellte, schmerzlose, undeutlich Fluktuation bietende Geschwulst, die gegen die Mitte hin eine Einschnürung zeigte. Der Uterus ist anteflektirt, misst $7^1/_2$ cm. Hinter dem Uterus fühlt man eine scheinbar vom Cervix ausgehende, hühnereigroße fluktuirende Geschwulst. Darüber an der rechten Seite des Uterus eine pralle, doppelt so große Geschwulst, die mit der tiefer liegenden in Verbindung steht und an den Uterus in der Höhe des inneren Muttermundes einen fingerdicken Stiel schickt. (Beide umgreifen den Uterus spiralförmig.) Nach der Untersuchung vereitert der Tumor, Punktion, nachherige Incision vom hinteren Scheidengewölbe aus. Man gelangt in ein Scheidenrudiment, von wo aus man den glattrandigen Muttermund des Nebenuterus erkannte. Der größere wurstförmige Tumor war die erweiterte Tube. Langwierige Heilung.

2. Fall: R., 29 Jahre alt, mit 13 Jahren menstruirt, im Beginn ging nur Schleim ab. Später litt Pat. einige Mal an Unterleibsentzündungen im Anschluss an die Periode. In letzter Zeit treten Unregelmäßigkeiten in der Menstruation auf. Der zierliche Scheidentheil liegt der linken Scheidenwand eng an. Der Uterus neigt nach links, ist $8^3/_4$ cm lang. Rechts am Uterus, mit diesem in den unteren Par-

tien in Zusammenhang, lag ein praller apfelgroßer Tumor, darüber nach vorn eine eben so große reichlich fluktuirende Geschwulst. Punktion. Dabei Abgang von dunklem flüssigen Blute. Diagnose Haematometra lateralis. Tod an Perforativperitonitis. Sektion: Blutansammlung in dem rechten rudimentären Uterushorn, Hämatosalpinx, Ruptur dieser.

3. Fall: Eine 28jährige Frau, die 3mal geboren und 1mal abortirte, hat seit $1^1/_2$ Jahren Unregelmäßigkeiten in der Periode, verbunden mit Schmerzen. Der Scheidentheil liegt der rechten Scheidenwand an, der Uterus ist rechts, normal groß. An seiner linken Kante liegt, durch eine Furche getrennt, ein birnförmiger praller Tumor. Die Punktion liefert eine himbeersyrupähnliche Masse. Haematometra lateralis. Ausspülungen. Heilung.

4. Fall: Bei einer 16 Jahre alten Seidenwinderin wurden die Menses, die sich vor einem Jahre einstellten, immer schmerzhafter. Unmittelbar hinter der Symphyse liegt oben in der Längsrichtung der Scheide ein wurstförmiger Tumor, der Uterus misst 7 cm und neigt nach rechts. Links vom Uterus liegt eine zweite Geschwulst, die mit der Scheidengeschwulst in Verbindung steht. Punktion und Incision. 70 ccm flüssiges Blut. Von der rudimentären Scheide aus kann man jetzt einen zweiten Muttermund fühlen. Hämatocolpos mit Hämatometra.

5. Fall: Eine 26jährige Dienstmagd, die seit dem 15. Jahre regelmäßig menstruirt ist, bekommt seit einiger Zeit serösen Ausfluss in der Zwischenzeit und zunehmende Schmerzen bei der Regel. Der Uteruskörper ist nach vorn und links geneigt, misst $7^1/_2$ cm. An seiner rechten unteren Grenze sitzt mit einem breiten Stiel ein hühnereigroßer Tumor an, von praller Beschaffenheit. Auf Druck entleert sich aus dem äußeren Muttermund schwarzes flüssiges Blut — Haematometra lateralis.

In Folgendem sucht Verf. ein Krankheitsbild dieser Erkrankungen, namentlich der unkomplicirten Haematometra lateralis zu geben. Punkto äußere Gestalt der Pat., Erblichkeit konnte Verf. nichts Besonderes finden. Prof. Frankenhäuser beobachtete bei einigen Fällen mit Eintritt der Periode auffallende Abmagerung der Brüste, dann des Körpers. Die Menses treten gewöhnlich spät auf, sind häufig unregelmäßig, stark, doch kann auch nur Schleim statt Blut abgehen. Periodisch auftretende Schmerzen, wie sie namentlich Schröder betont, will Verf. nicht in den Vordergrund stellen. Im Beginn sind sie wehenartig, später bei größerer Ausdehnung der Tumoren peritonitisch, es können aber Schmerzen ganz fehlen. Bei größeren Geschwülsten treten durch Zerrung Blutungen aus dem offenen Horn öfters auf. Die Inspektion des Bauches wie der äußeren Genitalien ergeben in der Regel nichts Besonderes. Das erweiterte Horn hat Birnform und erreicht keine wesentliche Größe, Fluktuation gewöhnlich undeutlich. Entsteht auch eine Retention in der Tube, so liegt diese gewöhnlich hoch im Bauchraum und zeichnet sich durch die wurst- oder keulenförmige Gestalt aus. Die Portio ist öfter excentrisch gestellt. Durch Zerrung des erweiterten Horns kann eine Ausbuchtung des Cervikalkanals des normalen Uterus nach dieser Richtung geschehen. Verf. geht auf die Symptome über. Diese sind nach dem Sitz der Atresie sehr verschieden. In allen Fällen fühlt man neben dem Uterus, oder spiralig um ihn gewunden, einen mit demselben in der Höhe des inneren Muttermundes verbundenen, birnförmigen, prallen Tumor. Die Verbindung geschieht gewöhnlich durch einen Stiel oder breiten Strang. Oben fühlt man die Tumoren getrennt. Eine nach unten vorspringende fluktuirende Geschwulst ist ein Scheidenrudiment, oder der dilatirte Cervix. Fürs erstere spricht eine auffallende Größe, dünne Wandung, starkes Heruntertreten, Einschnürung an der Übergangsstelle. Differentialdiagnose: In Bezug auf Differenzirung zwischen Tubengeschwülsten und Haematometra lateralis ist auf die Arbeit von Hausmann zu verweisen (Züricher Inaug.-Diss.). Verf. zieht in die Betrachtung herein die Hämatocele und das Hämatom. Die Hämatocelentumoren sind runder, der Uterus wird meist stark elevirt und anteponirt. Die Hämatometra ist birnförmig, beweglicher und liegt an der Seite des Uterus. Das Haematoma periuterinum breitet sich immer, wenn es einige Größe erreicht, auf das andere Ligament aus. Der Verlauf hängt wesentlich vom Inhalt und der

raschen oder langsamen Vermehrung desselben ab. Langsame Vermehrung des Inhalts zeigt in der Regel einen milden Verlauf.

Bei Vereiterung entsteht ein ganz anderes Bild. Fieber, Schüttelfröste, peritonitische Schmerzen treten auf. Ein Durchbruch ins Peritoneum ist beobachtet. Die Prognose wird namentlich getrübt, wenn die Tuben mit ausgedehnt sind. Durchbruch nach der anderen Uterinhälfte und Vagina sind am häufigsten. Spontane Heilung ist nicht beobachtet, doch deutet vielleicht das Präparat von Hoffmann auf die Möglichkeit derselben hin. Die Therapie muss eine operative sein. Ist ein Scheidenrudiment vorhanden, so excidirt man am besten ein ca. 2 cm großes Stück desselben. Sonst punktirt man den Tumor von der Scheide oder dem Cervikalkanal aus, wenn der Muttermund offen ist. Wenn eine Kommunikation des Tubensackes mit dem Horne fehlt, so ist vollständige Ruhe zu beobachten, meist kann dann die Tube, die nach der Entleerung des Hornes heruntersinkt, von der Scheide aus punktirt werden. Immerhin ist die Prognose, wenn die Tube mitbetheiligt ist, äußerst vorsichtig zu stellen. **Debrunner** (Heidelberg).

11) **W. J. Sinclair** (Manchester). Über die Einrisse des Cervix uteri.

(Med. chronicle 1885. No. 6 u. 7.)

S. berichtet über 10 Fälle, bei welchen er die Emmet'sche Operation wegen tiefgehender Cervixrisse ausgeführt. In einem wichen die anscheinend verheilten Wundflächen bei der Entfernung der Nähte am 7. Tage aus einander, so dass sie sofort wieder durch die Naht vereinigt werden mussten. Es erfolgte reaktionslose und dauernde Heilung. In einem anderen Fall war der angefrischte Riss der einen Seite geheilt, der der anderen nicht. Eine Nachoperation führte zum Ziel. Bei allen übrigen Pat. wurde Heilung per primam intent. erreicht.

Als präparatorische Behandlung schickt S. der Operation nur mehrtägige Warmwassereinspritzungen in die Vagina voraus. Eine Behandlung des Cervixkatarrhes und der Erosionen erklärt er für völlig überflüssig. Die Operation selbst führt er in der bekannten Weise aus. Mehrmals war die Blutung aus dem angefrischten, oberen Risswinkel eine sehr erhebliche, was S. dazu veranlasste, diesen sofort durch die Naht zu schließen, dann erst die restirende Wundfläche zu glätten etc. In einigen Fällen führte er die Trachelorraphie in 2 Sitzungen aus, um den Pat. einen erheblichen Blutverlust zu ersparen. Bei einer Kranken setzten die Wundflächen ihrer Vereinigung einen derartigen Widerstand entgegen, dass er sich genöthigt sah, eine Art Zapfennaht (kleine durchbohrte Guttaperschastücke) anzulegen. Es wurde völlige Heilung erzielt. Als Nahtmaterial bedient sich S. des Silberdrahtes. Was die Nachbehandlung betrifft, so legt er auf die Nahtlinie jederseits ein mit Sublimatlösung getränktes Wattebäuschchen, welches er aber schon nach einigen Stunden wieder entfernt. In der Folge lässt er mehrmals täglich desinficirende Vaginalausspülungen machen. Reste einer früheren Parametritis sieht er nicht als Kontraindikation an; er glaubt vielmehr, dass diese nach erfolgter Heilung der Risse gleichfalls verschwinden. Mit den Resultaten der Operation ist er sehr zufrieden. Dass dies bei anderen Gynäkologen nicht der Fall, führt er z. Th. darauf zurück, dass diese ein sofortiges Verschwinden der Beschwerden erwartet. Nach seinen Erfahrungen tritt aber der günstige Einfluss der Operation oft erst nach längerer Zeit ein.

In 4 der von ihm operirten Fällen bestand neben den Cervixrissen eine Retroflexio. Vor der Operation vertrugen die Pat. ein Pessar nicht, nach derselben machte es ihnen keine Beschwerden.

Bei einigen Kranken war der Erfolg des Eingriffes ein glänzender. Jahrelange lokale und Allgemeinbehandlung war resultatlos geblieben, nach der Emmet'schen Operation verschwanden nicht nur die Unterleibsbeschwerden; auch der Allgemeinzustand wurde ein sehr guter. **Graefe** (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

**Zehnter Jahrgang.**

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 39.** **Sonnabend, den 25. September.** **1886.**




## Zur Perforation des nachfolgenden Kopfes.


Von

**Dr. med. L. Litschkus,**

1. Assistent an der Marien-Gebäranstalt zu St. Petersburg.


In der Frage über die Perforation des nachfolgenden Kopfes begegnen wir wesentlich verschiedenen Meinungen: so behauptet Kilian im 1. Bande seiner Operativen Geburtshilfe (p. 761), dass die Perforation des nachfolgenden Kopfes sehr schwierig, mittels scherenförmiger und messerförmiger Instrumente sogar unausführbar sei. Schröder[1] dagegen erklärt: »die Perforation des nachfolgenden Kopfes stellt weder größere Schwierigkeiten noch größere Gefahr für die Mutter, als die Perforation des vorliegenden Kopfes dar«. Prof. Krassowsky[2] drückt sich so aus: »die Perforation des nachfolgenden Kopfes wird etwas schwieriger, als die des vorliegenden ausgeführt«. Spiegelberg[3] behauptet: »wenn der Kopf über dem Beckeneingange steht, ist die Perforation sehr schwierig; in solch einem Falle ist der Kopf kaum mit den Fingern zu erreichen, mit der ganzen Hand, und um so mehr mit dem Instrumente ist er nicht

[1] Lehrbuch der Geburtshilfe 1881. p. 502. (Russisch.)
[2] Lehrbuch der operativen Geburtshilfe 1885. p. 532.
[3] Lehrbuch der Geburtshilfe 1879. p. 890. (Russisch.)

in dem Grade erreichbar, als es zur Ausführung der Operation nothwendig ist«. Fritsch[4], im Gegentheil, sagt: »die Verhältnisse liegen hier (d. h. bei der Perforation des nachfolgenden Kopfes) gar nicht anders als beim vorangehenden Kopf, nur hat man hier den Vortheil, dass man am Rumpf ziehen kann, während man bei vorliegendem Kopf ein Instrument anlegen muss«. Schauta[5] bemerkt, dass die Perforation des nachfolgenden Kopfes keineswegs schwierig sei, wenn sie nur durch das große Hinterhauptsloch ausgeführt wird. Kleinwächter[6] hält die Perforation des nachfolgenden Kopfes für unmöglich und findet den Kephalothryptor für zweckmäßig. Martin[7] benutzt auch zur Extraktion des nachfolgenden Kopfes mit Vorliebe den Kephalothryptor. Prof. Lazarewitsch[8] lässt die Verkleinerung des Umfanges des nachfolgenden Kopfes zu, wenn die Extraktion weder mittels Handgriffs, noch der Zange gelingt etc. etc. Was die Instrumente betrifft, so gebrauchen Manche von der Perforationsstelle abhängig entweder scherenförmige oder trepanförmige Instrumente, Andere dagegen (Krassowsky l. c. p. 532, Fritsch l. c. p. 282, Schauta l. c. p. 254) benutzen ausschließlich scherenförmige. Als Perforationsstelle empfiehlt Schauta das große Hinterhauptsloch; Fritsch giebt auch dieser Stelle den Vorzug, obwohl er hinzufügt, dass »der Weg, den das Instrument künstlich herstellen muss, ein sehr langer ist«. Weiter sagt er: »ich habe stets das Foramen magnum zu treffen gesucht, bin aber meist zwischen einen Processus condyloideus der Hinterhauptsschuppen und dieselben gelangt«. Schröder weist auf eine der Seitenfontanellen (Busch), auf das Hinterhauptsloch, auf die Schädelbasis zwischen Kinn und Wirbelsäule (Kilian) hin. So sehen wir, dass Schröder, Fritsch und Schauta die Methode von Michaelis für gewisse Fälle als zweckmäßig erkennen, während Prof. Krassowsky dieselbe für ganz überflüssig und schwierig hält. Michaelis[9] empfahl bekanntlich seine Methode i. J. 1838. Seiner Meinung nach ist die Perforation des nachfolgenden Kopfes leichter, als die des vorliegenden. Indem er sogar zulässt, dass die Entleerung des Gehirns bei dieser Methode auch unvollständig sein kann, legt er doch viel Gewicht auf das Auseinanderweichen der Knochen, welches sogar die Extraktion bei Conjugata $2^1/_2$ Zoll möglich macht. Fritsch weist auch darauf hin, dass »erst wenn bei kräftigem Zug der Schädelinhalt unter einen großen Druck kommt, plötzlich das Gehirn herausschießt. Der Schädelinhalt verkleinert sich, die Knochen werden nach innen gedrückt und mit einem Ruck werden die Widerstände des Beckeneingangs überwun-

---

[4] Klinik der geburtshilflichen Operationen 1880. p. 282.

[5] Operative Geburtshilfe 1885. p. 253. (Russisch.)

[6] Grundriss der Geburtshilfe 1881. p. 560.

[7] Leitfaden der operativen Geburtshilfe 1877. p. 120 und Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten 1861. Bd. XVII. p. 103.

[8] Lehrbuch der Geburtshilfe 1879. p. 808.

[9] N. Zeitschrift für Geburtskunde 1838. p. 44.

den«. Diese Behauptung ist sehr wichtig, denn sie beseitigt den Vorwurf der unvollständigen Entleerung des Gehirns durch die kleine Perforationsöffnung bei der Methode von Michaelis. Von der Zweckmäßigkeit dieser Methode, mit einiger Modifikation, konnte ich mich im letzten Falle, der sich mir unlängst darbot, überzeugen. Ich hatte mit einem nachfolgenden hydrocephalischen Kopfe zu thun. Der Kopf stand über dem Beckeneingang, im linken schrägen Durchmesser mit nach rechts vorn gekehrtem Hinterhaupte. Becken normal. Die Hydrocephalie war, sub partu, nicht diagnosticirt. Den Perforator auf den Kopf zu fixiren (nach vergeblichen Handgriffen), ohne die Weichtheile der Mutter zu gefährden, war entschieden unmöglich. Ich konnte mit dem Zeigefinger das Gebiet des Hinterhauptsloches erreichen, aber bis an die Seitenfontanellen oder irgend welche Naht zu kommen, war unmöglich. Zwei anwesende Kollegen versuchten erfolglos nicht nur die Perforation auszuführen, sondern auch den Perforator (den scherenförmigen) in die Geschlechtstheile der Gebärenden einzuführen — in Folge von Raummangel. Unter solchen schwierigen Verhältnissen entschloss ich mich zu folgendem Verfahren. Nachdem ich eine Falte der Weichtheile des Kindes im Gebiete des 7. Halswirbels gebildet hatte, machte ich einen Querschnitt bis zum Knochen, ging mit der Spitze des linken Zeigefingers in diesen Querschnitt hinein und indem ich möglichst tiefer die Weichtheile von den darunter liegenden Knochen abtrennte, drang ich bis an die Spalte zwischen Atlas und dem hinteren Rande des Hinterhauptsloches. An dieser Stelle angelangt bemühte ich mich, die darunter liegenden Gewebe zu durchbohren. Das gelang mir mittels des auf dem Finger der linken Hand eingeführten metallischen Katheters (der zu Gebärmutterausspülungen benutzt wird). Indem ich mit der Spitze des Katheters fest andrückte, drang ich ziemlich leicht in die Schädelhöhle, wobei eine große Menge graugelber seröser Flüssigkeit herausströmte; darauf wurde der Kopf sehr leicht extrahirt. Huevel[10] schlug bekanntlich zur Verkleinerung des nachfolgenden Kopfes vor, in den eröffneten Wirbelkanal einen dicken elastischen Katheter einzuführen und mittels des letzteren die Flüssigkeit herauszulassen. Ahlfeld[11] empfiehlt auch dieselbe Methode, welche eigentlich von Cohnstein[12] angegeben worden ist. Cohnstein schlug nämlich vor in folgender Weise zu verfahren: den Wirbelkanal zwischen dem letzten Hals- und dem ersten Brustwirbel zu eröffnen, 4—6 Wirbelbogen zu entfernen und nach Einführung des Katheters in die Schädelhöhle, das Gehirn zu zerstören und zu entfernen. Cohnstein sieht den Vortheil seiner Methode darin, dass sie weder besondere Geschicklichkeit, noch ein großes Besteck erfordert, das Kind nicht entstellt und die mütterlichen Weichtheile schont. Die Methode, die ich im letzten Fall angewendet habe,

---

[10] Journal de médecine de Bruxelles 1849. p. 472.

[11] Jahresbericht über die Leistungen u. Fortschritte d. ges. Med. Berlin, 1884.

[12] Schmidt's Jahrbücher 1875. Bd. CLXV. p. 255.

scheint mir dieselben Vortheile darzubieten und ist dazu noch weniger umständlich, und desshalb kann sie sowohl beim Hydrocephalus, so wie auch zur Perforation des nachfolgenden Kopfes überhaupt benutzt werden. Zur Erweiterung der mit dem Katheter gemachten Öffnung, kann man danach den Perforator von Blot einführen und falls die Hautdecken der hinteren Fläche des Halses des Kindes das Ausfließen des Gehirns behindern sollten (was nicht zu erwarten ist), so könnte man sie mit der Schere durchtrennen. Mit dem eingeführten Katheter wird sorgfältig das Gehirn zerstört, durch ihn wird zunächst eine gewisse Menge Flüssigkeit in die Schädelhöhle injicirt, wobei die Gehirnsubstanz in genügendem Maße herausbefördert wird, besonders bei der Expression des Kopfes von außen mit gleichzeitigem Zuge an den Füßen. Solch eine Perforation habe ich mit Erfolg an Kinderleichen ausgeführt und es möge zwar ihre Beschreibung lang scheinen, in Wirklichkeit aber dauert sie nur einige Minuten. Die Frage besteht bloß darin, wie oft diese Methode in der Praxis angewendet wäre. Schon aus der Verschiedenheit der genannten Ansichten ist leicht der Schluss zu ziehen, dass auch die Perforation des nachfolgenden Kopfes (gleich anderen Operationen, wie die Zange, Wendung) in eine leichte und eine schwierige eingetheilt werden kann. Es behaupten zwar die Gegner der Perforation des nachfolgenden Kopfes, dass dort, wo sie möglich sei, sie zugleich unnöthig sei, dagegen haben sich aber solche Autoritäten, wie Schröder, Krassowsky u. A. ausgesprochen; wir halten desshalb für überflüssig, dieses weiter zu besprechen. In denjenigen Fällen, wo der Kopf leicht zu erreichen und das Becken hinreichend geräumig ist, ist die Perforation nicht schwierig und kann an jeder zugänglichen Stelle und mit jedem Instrumente nach Belieben (Messer, Schere, Trepan) ausgeführt werden. In denjenigen Fällen aber, wo der Kopf schwer zu erreichen, wird auch die Perforation unzweifelhafte Schwierigkeiten darbieten, dann steht gewöhnlich das Kinn hoch und ist nach hinten gekehrt und es bleibt daher das Hinterhauptsloch die geeignetste Stelle zur Fixation des Perforators. Wenn es aber außerdem unmöglich wäre, das Instrument unter Leitung der Hand in Folge von Raummangel einzuführen und die mütterlichen Weichtheile gefährdet würden, so wäre unsere Methode, wie uns scheint, die zweckmäßigste. Sie würde in diesem Falle die mehr mühsame Methode von Cohnstein ersetzen; vor der letzteren hat sie den Vorzug, dass sie, nach Perforation, die Anlegung des Kranioklasts erlaubt, was bei der Methode von Cohnstein unmöglich ist. Das oben Erwähnte ist bereits früher von mir im »Wratsch« (1885 p. 884) beschrieben worden und ich sehe mich verpflichtet, nochmals darüber zu sprechen, weil Dr. Ström, wie aus dem Referat (Centralblatt für Gynäkologie 1886 p. 470) zu ersehen ist, eine analoge Methode empfiehlt.

---

### 1) **E. Börner** (Graz). Die Wechseljahre der Frau.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1886.

Es wird in der neueren Zeit so viel Operatives veröffentlicht, dass eine Publikation anderen Inhalts gewiss mit Freude begrüßt wird. Nicht zu leugnen ist ja, dass unsere Kenntnisse über die physiologischen Funktionen der weiblichen Genitalien höchst unvollkommene sind. Namentlich über die näheren Bedingungen des Eintretens des Klimax sind wir wenig aufgeklärt. Verf. nimmt wohl mit Recht an, dass eine sich über Jahre erstreckende Allgemeinveränderung des weiblichen Organismus, nicht aber der Moment des Aufhörens der Menstruation als Eintreten des Klimax aufzufassen ist. Plötzliches Aufhören der Menstruation dagegen hält der Verf. für pathologisch.

Verf. hat unter fleißiger Benutzung der Litteratur, auf reicher eigener Erfahrung basirend, alles Wissenswerthe über sein Thema zusammengestellt. Wir empfehlen desshalb das Schriftchen den Fachgenossen. **Fritsch** (Breslau).

---

### 2) **Tarnowsky** (St. Petersburg). Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes.

Berlin, **Aug. Hirschwald,** 1886.

### 3) **R. v. Krafft-Ebing** (Graz). Psychopathia sexualis.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1886.

Beide Verff. haben — man verzeihe den Ausdruck — ihr widerliches Thema systematisch abgehandelt. Namentlich der zweite Autor geht von der großen Bedeutung der sinnlichen Liebe für das Menschengeschlecht im Allgemeinen aus. Es ist das traurige Vorrecht der Medicin, die Kehrseite des Lebens zu schauen. Aber indem die Medicin die Schwächen der Menschen auf die krankhaften Bedingungen zurückführt, rettet sie gleichsam durch Erforschen der Wahrheit die Ehre der Menschheit. In diesen Worten v. K.-E.'s ist auch der Zweck vorliegender Bücher ausgedrückt. Der Forense lernt die typischen Perversitäten des Geschlechtssinnes kennen und wird danach die Richter und Mitmenschen veranlassen, den einzelnen Fall, wenn auch nicht zu entschuldigen, so doch milder zu beurtheilen.

Beide Bücher bringen viel Identisches. Auf Einzelnes einzugehen ist nicht möglich. Der Gerichtsarzt hat aber — wenigstens vor einem einschlägigen Arbitrium — sicher die Pflicht, sich mit diesen Dingen bekannt zu machen. **Fritsch** (Breslau).

---

### 4) **F. Schatz** (Rostock). Die Gefäßverbindungen der Placentarkreisläufe eineiiger Zwillinge, ihre Entwicklung und ihre Folgen. (Fortsetzung.)

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVII. Hft. 1.)

Die vorliegende Fortsetzung der in Bd. XXIV des Archiv für Gynäkologie erschienenen S.'schen Arbeit (cf. Ref. Centralbl. 1885

p. 326) beschäftigt sich mit der Entwicklung der Gefäßverbindungen der Placentarkreisläufe eineiiger Zwillinge. Da diese ohne genügende Kenntnis der Entwicklung der Placentargefäße überhaupt nicht richtig verstanden werden kann, so schickt Verf. eine ausführliche Besprechung derselben voraus.

Das primäre Choriongefäßnetz besteht aus 2 Schichten. Die äußere kapilläre vermittelt die Ernährung und Respiration, die innere wird von den weiteren zu- und ableitenden Blutgefäßen gebildet. Beide sind durch zahlreiche Anastomosen verbunden. Bis zur 5. Woche stellt das Chorion des Menschen eine sog. diffuse oder kolochoriale Placenta (Einhufer) dar. Von da ab tritt eine Änderung ein. Der größere Theil der Kapillarschicht und der tiefer liegenden ab- und zuführenden Gefäße verödet; alle Kollateralkreisläufe obliteriren.

Die künftige Placentafläche wird beim Menschen von der Ansatzstelle der Eikapsel bestimmt, die Form der bestehenbleibenden und sich weiter entwickelnden, zu- und ableitenden Gefäße, also der späteren, groben Placentagefäße durch die Form der Placenta, die Stelle der Nabelschnurinsertion auf derselben, die Vertheilung und Entwicklung der Zottenbäume.

Am eineiigen Zwillingsei wird das primäre Choriongefäßnetz von 2 Allantoiden gebildet. Die dabei entstehende Allantoisnarbe ist linienartig und hat gewöhnlich die Form eines größten Kreises um das Ei. Obgleich die primären Choriongefäßnetze der beiden Zwillinge über die Allantoisnarbe weg allseitig durch Anastomosen verbunden sind, bildet sich doch zwischen beiden eine Art Cirkulationsäquator in Form einer Stagnationslinie, welcher wellig geformt, in seinem ganzen Verlauf von arteriell-venösen Transfusionsbezirken durchbrochen wird.

Auch wenn das Herz des einen Zwillings von vorn herein schwächer wäre, als das des anderen, so würde doch die Verbindung beider Choriongefäßnetze nicht den Untergang des schwächeren Herzens zur Folge haben, sondern im Gegentheil eine Ausgleichung der Herzen beider Zwillinge bewirken. Auch nach Verödung des gemeinschaftlichen primären Choriongefäßnetzes bis auf die Eiinsertion, erfährt das gegenseitige Verhältnis der beiden Placentarkreisläufe und der Cirkulationsäquator zwischen ihnen nur geringe Veränderungen, wenn die Nabelschnüre symmetrisch zur Eiinsertion inserirt sind. Aber auch bei der nicht seltenen asymmetrischen Insertion der Nabelschnüre und damit verbundener ungleicher Vertheilung der Eiinsertion auf die Zwillinge erstrecken sich die Veränderungen nur auf die Placenta. Die Entwicklung der Zwillinge selbst wird nicht ungleich, weil die benachtheiligte Placentahälfte durch größere Entwicklung ihrer Zotten und durch Abgewinnen von früher gemeinschaftlichen oder sogar dem anderen Zwilling zugehörig gewesenen Zotten auf die gleiche Entwicklung wie die andere Hälfte gebracht wird. Nach geschehener Ausgleichung erstarren beide Placentarkreisläufe in der neuen Form dadurch, dass alle cirkulationslosen Kolla-

teralkreisläufe und damit auch die über den Cirkulationsäquator führenden Anastomosen obliteriren.

Die an der fertigen eineiigen Zwillingsplacenta noch zu findenden arteriellen und venösen Anastomosen sind nur die wenigen Reste der früher zahlreichen Verbindungen beider Placentarkreisläufe. Sie bleiben bestehen, weil sie die Ausgleichung besorgen für die ungleiche Blutvertheilung, welche als Folge der ungleichen Strombreite der beiden arteriell-venösen Transfusionsströme eintritt und weil sie somit eine Cirkulation behalten. Gewöhnlich bleibt nur eine arterielle, manchmal zugleich eine venöse Anastomose bestehen, selten von jeder zwei, noch seltener nur eine venöse oder gar keine. Die Größe und Zahl richtet sich nach der Größe des nöthigen Ausgleiches. Dieser geschieht aber durch sie so vollständig, dass der dritte Kreislauf (beide arteriell-venösen Transfusionsströme incl. den Anastomosen) zu dieser Zeit als symmetrisch anzusehen ist. Später tritt aber oft eine neue und dann dauernde Asymmetrie ein, wenn sich beide Placentahälften oder die Transfusionsströme in der Richtung großer Differenz verschieden entwickeln und die vorhandenen Anastomosen den vergrößerten Ansprüchen der Ausgleichung nicht genügen können.

Die Asymmetrie des dritten Kreislaufes lässt sich nur selten direkt an den injicirten Gefäßen, meist nur indirekt mit Zuhilfenahme der Folgezustände erkennen. Von den Gefäßen geben die Anastomosen noch den größten diagnostischen Anhalt. Die Asymmetrie kann, muss aber nicht um so größer sein, je geringer die Ausgleichungsfähigkeit der Anastomosen ist. Diese ist um so größer, je größer das Kaliber derselben ist und je kürzer der Weg durch sie von einer Nabelschnurinsertion zur anderen.

Dies die Resultate der interessanten Arbeit S.'s, wie er sie selbst am Schluss derselben kurz zusammenstellt.

Graefe (Halle a/S.).

---

5) **E. Ehrendorfer** (Wien). Über antiseptische (lokale) Behandlung in der Geburtshilfe.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVII. Hft. 2.)

Die Einleitung der E.'schen Arbeit bildet ein kurzer Überblick der Entwicklung der geburtshilflichen Antiseptik von Semmelweiß bis auf den heutigen Tag. Es folgt dann ein Bericht über die Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse in der II. Wiener gynäkologischen Klinik während der Jahre 1882—1885. Das Gesammtresultat dieser statistischen Zusammenstellung ist kurz zusammengefasst folgendes:

Die puerperale Mortalität betrug im Jahre 1882, dem ungünstigsten, 0,51%. Sie sank im nächsten auf 0,33%, im dritten Jahre auf 0,32% mit Einschluss von 3 Todesfällen nach Kaiserschnittoperationen. Die puerperale Morbidität, welche im Jahre 1882 4,31% betragen hatte, fiel 1883 auf 3,59%, im Jahre 1884 auf 3,08%.

Diese Ergebnisse müssen als sehr günstige bezeichnet werden,

zumal wenn man berücksichtigt, dass sie trotz entschieden ungünstiger Faktoren (altes Gebäude, geringes Aufsichtspersonal, reiches Material, große Zahl von Praktikanten) erzielt worden sind. Sie verdienen um so mehr Beachtung, als der in der II. Wiener gynäkologischen Klinik in Anwendung gebrachte, antiseptische Apparat sich durch Einfachheit auszeichnet. Er besteht im Wesentlichen in sorgfältiger Reinigung (Nagelbürste und Schmierseife) der Hände der Untersuchenden mit nachfolgender Waschung in 1—2%iger Karbollösung; in 5%iger Karbollösung oder Kali hypermang. nur dann, wenn die Finger zuvor mit septischen Stoffen in Berührung gekommen sind. Zum Einfetten des Fingers wird 3%ige Karbolvaseline verwandt.

Die äußeren Genitalien der Kreißenden werden wegen Mangel an Dienstpersonal nicht gewaschen. Nach einer normalen, spontanen Geburt werden sie durch Abspülen mit 1—2%iger Karbollösung gereinigt. Vaginale Ausspülungen werden weder vor noch nach der internen Untersuchung gemacht, wenn nicht ein specieller Grund dazu vorliegt.

Nach intra-uterinen Eingriffen wird der Uterus mit mehreren Litern 1—2%iger Karbollösung gründlich ausgespült, nach schweren Eingriffen oder bei todtfaulen Früchten ein Jodoformstift eingelegt. Vaginalausspülungen post partum werden nach gewöhnlichen Zangenoperationen, Steißextraktionen etc. mit gleicher Lösung vorgenommen.

Episiotomiewunden werden, wenn nicht vereinigt, mit Jodoform bedeckt, eben so genähte Dammrisse. Kein Umschlag auf die Wunden. Keine Vaginalausspülungen ohne Indikation. Keine Stopftücher vor den Genitalien.

Bei fiebernden Wöchnerinnen werden, falls Wunden oder Geschwüre am Eingang des Genitals vorhanden, vaginale (1—2%ige Karbol-) Ausspülungen vorgenommen; sind die Lochien missfarbig, uterine, besonders wenn intra-uterine Eingriffe vorhergegangen. Sie werden zweimal täglich ausgeführt, auch seltener, wo Jodoformstifte eingelegt waren. Wunden und Geschwüre werden außerdem mit Jodoformpulver bedeckt.

Die oben angeführten Mortalitäts- und Morbiditätsverhältnisse, welche trotz der geringen Koncentration der angewandten Desinficientien, trotz der seltenen Anwendung vaginaler Ausspülungen ante und post partum so günstige sind, beweisen wieder einmal, dass der Schwerpunkt der ganzen geburtshilflichen Antisepsis in größter Reinlichkeit des Untersuchenden resp. Operirenden liegt.

**Graefe** (Halle a/S.).

---

### 6) **D. v. Ott** (St. Petersburg). Über den Stoffwechsel zwischen Frucht und Mutter.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVII. Hft. 1.)

Nachdem v. O. alle diejenigen Arbeiten, in welchen seit 1817 (Mayer) das Thema des Überganges fester, flüssiger oder gasförmiger Substanzen von der Mutter zur Frucht und umgekehrt behandelt

worden ist, kurz rekapitulirt hat, unterzieht er die Theorien von der Ernährung der Frucht einer kritischen Untersuchung. Zwei lässt er dabei als zur Zeit noch einer festeren Grundlage entbehrend unberücksichtigt, die eine, nach welcher der Fötus auf Kosten der sog. Uterinmilch ernährt wird, die andere, nach der den Leukocythen, welche die Fähigkeit besitzen sollen, aus dem mütterlichen Organismus in den des Kindes hinüberzuwandern, diese Aufgabe zufällt. Die beiden restirenden sind Gegenstand der mannigfachsten Untersuchungen gewesen, ohne dass durch sie eine endgültige Lösung der Frage herbeigeführt worden wäre. Nach der älteren Lehre wird die intra-uterine Frucht auf Kosten des sie umgebenden Fruchtwassers ernährt, während später die Anschauung zahlreiche Vertreter fand, dass durch die Placenta nicht nur der Gasaustausch vermittelt wird, sondern gleichzeitig die Nährkräfte aus dem mütterlichen Organismus unmittelbar zur Frucht hinüber gelangen. Diese letztere gewann eine wesentliche Stütze durch die Untersuchungen Gusserow's und Benike's, welche ergaben, dass Jodkalium und Salicylsäure, der Mutter zugeführt, in der Frucht zum Vorschein kommen, ohne dabei im Fruchtwasser aufzutreten. Sie haben sich aber als nicht ganz einwandsfrei herausgestellt. Es wurde experimentell nachgewiesen, dass diese und andere Substanzen zur Frucht doch mit Umgehung der Placenta gelangen können, also durch Vermittelung des Liquor amnii.

v. O. selbst stellte bei trächtigen Thieren eine hochgradige Hydrämie (die Hälfte des Blutes wurde durch eine 6‰ige Kochsalzlösung ersetzt) her in der Erwartung, dass, wenn in der Placenta günstige Bedingungen für den Übergang der Bestandtheile des mütterlichen Blutes zur Frucht vorhanden wären, der Zustand der Hydrämie auch bedeutend in dem Blut der Frucht zur Geltung kommen müsste. Als Resultat stellte sich aber heraus, dass in sämmtlichen Fällen (15) der Gehalt des Blutes an Wasser und organischen Substanzen bei den Föten fast demjenigen des mütterlichen Blutes vor der Blutentziehung und der darauf folgenden Wassereinspritzung identisch war. Verf. hält sich daher auf Grund seiner eigenen Versuche und der anderer Autoren für berechtigt, mit Preyer zu sagen, dass es einstweilen noch Niemand gelungen ist, den unmittelbaren Übertritt irgend eines von den normalen Bestandtheilen des mütterlichen Blutes, mit Ausnahme des Sauerstoffes, in dem Organismus der Frucht nachzuweisen. Die Frage von der Zufuhr von Albuminaten zur Frucht wäre also eine noch offene. Sie ließe sich lösen durch die Annahme, dass das Fruchtwasser dem Fötus das zu seiner Entwicklung nöthige Ernährungsmaterial liefere; eine Annahme, für deren Richtigkeit v. O. eintritt. Wenn er auch zugiebt, dass das Fruchtwasser relativ arm an Eiweiß sei, so glaubt er doch, dass es genüge, um Existenz und Gewichtszunahme der Frucht zu sichern. Zum Beweis führt er das Beispiel der Winterschläfer an, welche, ohne Nahrung zu sich zu nehmen, nicht nur keine Gewichtsabnahme, sondern

oft sogar eine Gewichtszunahme aufweisen. Diesen gegenüber befindet sich aber der Fötus in noch viel günstigeren Bedingungen. Während sie, einer bedeutenden Abkühlung von Seiten der sie umgebenden, niederen Temperatur ausgesetzt, viel Wärme produciren müssen, um nicht zu erfrieren, ferner zur Erhaltung des Kreislaufes und der Athmung Muskelarbeit leisten, ist der Wärmeverlust der intra-uterinen Frucht gleich Null, die ununterbrochene Thätigkeit der in- und exspiratorischen Muskeln fällt ganz weg; von den Bewegungen bleiben nur noch der Herzschlag und die relativ äußerst seltenen Bewegungen der Extremitäten und des Körpers übrig. Die Ausgaben sind also hier im Vergleich mit dem Organismus der Winterschläfer verschwindend geringe. Und, während jene keine Ernährungsstoffe zu sich nehmen, ist dies bei der intra-uterinen Frucht, wenn auch nur in der geringen Menge, welche das Fruchtwasser bietet, der Fall. Dieses Nährmaterial ist aber ein viel beträchtlicheres, als es den Anschein hat, da das verbrauchte Eiweiß des Fruchtwassers jedes Mal durch ein neues Quantum ersetzt wird. Übrigens würde gerade bei diesem Ernährungsmaterial das absolute Ansammeln und Überwiegen von Wasser in den Geweben der Frucht leicht erklärlich.

Für die von v. O. befürwortete Annahme spricht ferner der Umstand, das der Fötus, wie aus mannigfachen Beobachtungen und Experimenten feststeht, intra-uterine Schluckbewegungen macht. Selbstverständlich muss, wenn das Fruchtwasser wirklich das wichtigste Medium für die Ernährung der wachsenden Frucht ist, die Ansicht, nach welcher der Liquor amnii in erster Linie ein Produkt der letzteren selbst war, verworfen werden. Neuere Untersuchungen haben denn auch ergeben, dass derselbe und zwar in den letzten Monaten der Gravidität, ein Produkt des mütterlichen Organismus sei.

Verf. schließt seine Arbeit mit einigen kurzen Notizen über verschiedene Thierarten, welche gleichfalls beweisen, dass die Ernährung der Frucht auch unabhängig von der Placenta vor sich gehen kann und dass letztere vorzugsweise dem Gasaustausch dient.

**Graefe** (Halle a/S.).

---

7) **J. Kocks** (Bonn). Rickets und Rachitis.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVII. Hft. 1.)

Auf K.'s kurze Mittheilung in diesem Blatt (1885 No. 12) betreffs der Rechtschreibung von Rachitis folgten zwei Entgegnungen (1885 No. 14 von Stenger und Bode), welche die von ihm vorgeschlagene Schreibweise »Rhachitis« für fehlerhaft erklärten. Hierdurch fühlt er sich veranlasst, dieses Thema noch einmal mit philologischer Gründlichkeit zu behandeln. Die Resultate seiner Quellenstudien sind folgende:

a) Glisson hat das Wort Rachitis nicht aus the Rickets, sondern aus dem griechischen ῥαχίτης resp. aus ῥαχῖτις gebildet.

b) Glisson glaubte umgekehrt the Rickets sei volksetymologisch aus dem Griechischen entstanden.

c) Glisson brauchte das griechische Wort nicht erst zu schaffen, sondern fand bereits ῥαχιτης in der griechischen medicinischen Terminologie vor.

d) Die bisherigen Erklärungen über die Abstammung des Wortes the Rickets sind zu bezweifeln; wahrscheinlich entstand es aus dem französischen Riquet, einer abgekürzten Diminutivform von Alberic.

e) Glisson hat, indem er Rachitis ohne h schrieb, einfach und zwar ohne Absicht, gegen eine Regel der Latinisation verstoßen.

**Graefe** (Halle a/S.).

---

8) **L. Fürst** (Leipzig). Die Krankenschwebe in der Nachbehandlung größerer gynäkologischer Operationen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVII. Hft. 1.)

F. giebt eine ausführliche Beschreibung seiner bereits auf der Naturforscherversammlung zu Magdeburg demonstrirten Krankenschwebe (cf. Sitzungsbericht dieses Blattes 1884 p. 684). Sie ermöglicht schonendstes Erheben der Operirten über die Fläche des Bettes und eben so schonendes Senken, längeres, ruhiges Erhalten in schwebender Lage der Pat. Sie bedarf nur eines geringen Bedienungspersonals. Selbst eine einzige Person kann nöthigenfalls den Apparat in Funktion setzen, woraus schon hervorgeht, dass er sich leicht bedienen lässt. Eine Beschreibung der Schwebe findet sich an oben citirter Stelle dieses Blattes. Geliefert wird sie von J. Schwartze, Leipzig, Neukirchhof 16. **Graefe** (Halle a/S.).

---

## Kasuistik.

9) **Stratz.** Über die Komplikation von Tumoren mit Gravidität.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. Hft. 2.)

Verf. hat das Material der kgl. Universitätsfrauenklinik zu Berlin vom 1. April 1876 bis auf die jüngste Zeit zusammengestellt und obwohl bereits ein kurzes Referat über das gleiche Thema, welches S. in der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft besprochen, in diesem Centralblatt (No. 9) erschienen, ist eine wiederholte Besprechung vorliegender Arbeit darum erwünscht, weil einzelne neue Fälle (3) hinzugekommen sind und andererseits weil sich durch die sich an den oben erwähnten Vortrag anschließende Diskussion die Anschauungen des Verf.s in mancher Beziehung geändert haben.

S. bespricht getrennt die Komplikationen von Ovarialtumoren, Myomen und Carcinomen mit Gravidität.

Unter ca. 17900 Geburten fanden sich 26mal Komplikationen mit Tumoren, wobei 15 Mütter starben, 13 Kinder am Leben blieben; in demselben Zeitraum wurden 32 Fälle von Komplikationen in der Gravidität beobachtet, wobei auf Grund der Behandlung keine Mutter starb und 15 Kinder gerettet wurden.

Genauer betrachtet, vertheilt sich das Material in folgender Weise:

1) Komplikation durch Ovarialtumoren:

16mal Ovariotomie in der Gravidität, 16 lebende Kinder am Ende der Schwangerschaft, darunter 1mal Zwillinge, 2mal Abort. 6 Geburten mit Ovarialtumoren, 3mal spontan; 3 Kinder †, 2 Mütter † im Wochenbett an Peritonitis septica, die eine bei geplatzter Cyste. Hiernach tritt Verf. mit Entschiedenheit bei dieser Komplikation für die Ovariotomie während der Schwangerschaft ein, da die Prognose für die Geburt sehr trübe sich gestaltet bei der rein exspektativen Therapie und bei palliativer Behandlung die künstliche Frühgeburt das kindliche Leben gefährdet oder ganz opfert, während dabei der Mutter die Gefahren der Ovariotomie nicht gespart werden, die Punktion aber die Pat. der Gefahr der späteren Ovariotomie, so wie den Gefahren aussetzt, welche der punktirte Tumor im Puerperium hervorrufen kann. Man soll daher in allen Fällen von Komplikation von Ovarialtumoren mit Gravidität ovariotomiren und zwar so zeitig wie möglich.

2) Komplikationen durch Myome:

11 Fälle in der Gravidität; 0% Mortalität; Kinder wurden 2 gerettet; 4 von den Frauen wurden radikal geheilt; 3mal spontaner Abort, 1mal spontane Frühgeburt; 3mal arteficieller Abort; 2mal Myomotomie mit Entfernung des graviden Uterus; je 1mal Myomotomie in der Schwangerschaft und Enukleation eines Myoms der vorderen Lippe von der Vagina her; in diesen beiden letzten Fällen wurden ausgetragene lebende Kinder geboren (darunter 1mal Forceps).

13mal Geburt mit Myomen. Von 13 Müttern starben 7 (54%); 2 erkrankten schwer im Wochenbett; 4 nur mit normalem Puerperium; von den Kindern wurden 8 (62%) gerettet; 4 starben bei der Geburt ab; ein schon vorher bei Tympania uteri. Geburtshilfliche Operationen: Forceps 4mal; Wendung mit Extraktion 3mal; Extraktion und Perforation je 1mal. Todesursachen der Mutter: Atonien, Sepsis in Folge der langen poliklinischen Behandlung; Nachblutung; Uterusruptur; Embolien der Lungenarterien.

Abwarten bis zur Geburt verschlechtert daher die Prognose quoad vitam für die Mütter, verbessert sie für die Kinder; da aber das Kindesleben dem der Mutter bedeutend nachsteht, soll man in der Gravidität schon einschreiten und zwar wird man wohl am richtigsten zum künstlichen Abort greifen, gegenüber der Myomotomie (natürlich nur schwerere Komplikationen vorausgesetzt).

3) Komplikationen durch Carcinome.

In der Gravidität 5 Fälle; 1mal Abort, dann Excochleation mit Kauterisation; 4mal supravaginale Amputation, dabei 1mal Komplikation mit Lithopädion und 3mal Abort nach dem operativen Eingriff, das letzte Mal mit lebender Frucht im 6. Monat, 3 Wochen nach dem Eingriff. Alle Mütter vorläufig geheilt.

7mal Carcinome bei der Geburt. Von den 7 Müttern starben 4 unmittelbar nach der Geburt, 2 an den Folgen derselben und an rapidem Wachsthum des Carcinoms im Wochenbett. 2mal spontane Geburt, 2mal Wendung, 1mal Forceps nach Excochleation des Carcinoms, 2mal Sectio caesarea; von den Kindern kamen 4 lebend, 2 davon endgültig gerettet, über ein Kind fehlt jede Nachricht. Bei dieser Komplikation herrscht bei allen Operateuren das einheitliche Princip der Behandlung vor, bei operablem Carcinom baldmöglichst zu operiren, bei inoperablem in erster Linie das kindliche Leben zu berücksichtigen.

Auch das Berliner Material bestätigt die Gusserow'sche Annahme gegenüber der Anschauung Cohnstein's, dass Gravidität sehr selten mit Carcinom komplicirt sei, Carcinom die Konception absolut nicht begünstige; denn auf ca. 17900 Geburten waren nur 7 = 0,039% mit Carcinom komplicirt. Auch konnte die bereits bekannte, von Cohnstein allerdings bestrittene Thatsache auch hierbei wieder bestätigt werden, dass die Neubildung durch den Einfluss der Gravidität und des Puerperiums rapid wachse und zunehme und sehr bald zum Tode führe.

**Menzel** (Görlitz).

10) **Chr. Enderlin.** Ein Beitrag zur Kasuistik der Ovarialtumoren.

Inaug.-Diss., Zürich, 1885.

Eine 16 Jahre alte Seidenwinderin, die von gesunden Eltern stammte, war zum ersten und letzten Mal im 15. Jahre ohne Schmerzen schwach menstruirt. Seither

litt Pat. an retardirter Defäkation, Nasenbluten, kolikartigen Schmerzen im Unterleib. In letzter Zeit trat neben hartnäckiger Stuhlverstopfung, den eben beschriebenen Schmerzen, Erbrechen ein. Die Person wurde mit der Diagnose »Hämatometra« den 20. April 1884 in die Klinik geschickt. Man fand das Abdomen gleichmäßig aufgetrieben durch einen mannskopfgroßen Tumor, etwas beweglich, glatt, prall elastisch, schmerzhaft, ohne Fluktuation. Überall Tympanie. Der Uterus, der beweglich, 5 cm lang ist, antevertirt, ist durch den von außen gefühlten Tumor nach links verlagert. Vom rechten Scheidengewölbe und dem Douglas, die nur wenig nach unten gedrängt sind, kann man die untere Grenze des Tumors abtasten. Die Diagnose schwankt zwischen einer Geschwulst, die dem Darm angehört, einer adhärenten Ovarialcyste und Beckenblutgeschwulst. Gegen Erbrechen und Schmerzen Opium im Klysma. Kein Fieber. 22. April. Eine Untersuchung in Narkose giebt keine näheren Aufschlüsse. Die Darmsymptome treten trotz hoher Dosen Opium immer mehr in den Vordergrund. 30. April. Nochmalige Untersuchung in Narkose vor der Klinik. Über der Symphyse ist jetzt eine gedämpft-tympanitische Zone. Auf Druck hört man über dem Tumor gurrende Geräusche. Die Diagnose wird jetzt auf Darmtumor gestellt, vielleicht bedingt durch Koprostase. Aperitiva. Häufige wässrige Stuhlentleerung. Der Tumor wird kleiner, dann wieder größer. Es tritt Fieber ein, Erbrechen alles Genossenen. Hoher Puls. Exitus am 11. Mai 1884. Die Sektion, ausgeführt von Prof. Klebs ergiebt: Der Bauchraum ist durch einen beweglichen glatten Tumor ausgefüllt, von 20 cm Breite und 18 cm Tiefe, der wie eine Cyste imponirt (der Arbeit ist eine Abbildung in situ beigefügt), aber tympanitisch klingt. Der Tumor umfasst den ganzen Dünndarm mit Ausnahme des Anfangsstücks des Jejunum. Der Tumor ist umgeben von einer kontinuirlichen peritonitischen Membran. Peritonitis adhaesiva deformans.

Die Ätiologie dieses Falles ist nicht ganz klar, am wahrscheinlichsten scheint die deformirende Peritonitis auf einer chronischen Obstipation zu beruhen, die ihrerseits sich einer Darmparalyse anschloss. Wenigstens fand man bei der Sektion keine Anhaltspunkte (langwierige Stauungszustände, Herzleiden, Lebercirrhosis, Granularatrophie der Nieren), die Autoren als ätiologisches Moment für die vorliegende Krankheit angeben.

Der Fall ist namentlich differatialdiagnostisch interessant. Im Beginn imponirte der Tumor als Ovarialgeschwulst oder Hämatocele. Erst durch den Verlauf, anhaltende Stuhlverstopfung, Kleinerwerden der Geschwulst nach künstlicher Beförderung des Stuhls, dann wieder Größerwerden derselben, fortwährendes Erbrechen, Konsistenz, das intensive Darmgeräusch, die wechselnden perkutorischen Ergebnisse, wurde man auf den richtigen Weg geleitet. Punkto Therapie in ähnlichen Fällen ist zu bemerken, dass starke Aperitiva zu vermeiden sind, da wahrscheinlich in diesem Falle dieselben zu einem schnelleren Ausgang beigetragen haben. Besser verabreiche man Opium durch Klysma, bei fortwährendem Erbrechen gebe man ernährende Klystiere, verordne warme Fomente auf den Bauch. Ausspülungen des Magens nach Kussmaul sind zu versuchen.

Verf. theilt noch einen ähnlichen Fall mit aus der Privatpraxis von Prof. Frankenhäuser. Bei einer Dame mittleren Alters wurde im Douglas ein zweifaustgroßer beweglicher, prall elastischer Tumor gefühlt, der als Ovarialcyste imponirte, besonders da das Ovarium der entsprechenden Seite nicht gefühlt wurde. Keine wesentlichen Darmstörungen. Bei der Laparotomie entpuppte sich der Tumor als ein Konvolut von Flüssigkeit haltender Dünndarmschlingen, die unter einander leicht verklebt waren. Prof. Frankenhäuser löste die Adhäsionen ohne besondere Schwierigkeit. Es trat Heilung ein. Anschließend an diesen Fall führt Verf. andere Fälle an, wo durch irrige Diagnose geleitet die Laparotomie bei chronischer Peritonitis ausgeführt wurde, so: Urdys aus Péan's Klinik 1871. Dr. Washington, Dr. Atlee 1872.

Zum Schlusse führt Verf. die in der Litteratur vorhandenen Fälle an, die in das Bild der deformirenden Peritonitis einzureihen sind. Einen dem erstbeschriebenen kongruenten Fall konnte Verf. nicht auffinden.

**Debrunner** (Heidelberg).

## 11) R. Chittick (Detroit). Künstliche Erweiterung des Cervix uteri während der Geburt.

(Med. age 1886. No. 2.)

Ch. empfiehlt bei zögernder Eröffnung des Cervix resp. Muttermundes die schonende Dilatation desselben mittels zweier Finger. Er erwartet von diesem Verfahren nicht nur eine mechanische Erweiterung, sondern auch eine Verstärkung der Wehen. In mehreren Fällen, in welchen die Geburt trotz stundenlanger Dauer keine Fortschritte gemacht hatte, gelang es ihm durch das genannte Verfahren sie überraschend schnell zu beenden. **Graefe** (Halle a/S.).

## 12) A. MacLaren (St. Paul). Über nervöse Störungen des weiblichen Geschlechts.

(Northwestern lancet 1885. No. 22.)

McL. ist, wie viele amerikanische Gynäkologen der Ansicht, dass alte, vernarbte Cervixrisse (Druck des narbigen Gewebes auf die Nervenendigungen in den Risswinkeln) nervöse Symptome der mannigfachsten Art hervorrufen können, am häufigsten Neuralgien im Bereich des Facialis, Occipitalis, der Ischiadici, Rückenschmerzen und solche in der Vagina. Er theilt einige Fälle mit, in welchen die nervösen Erscheinungen ganz eigenthümliche waren. Bei einer Pat. wechselten, abgesehen von einigen der eben genannten Symptome, hysterische Anfälle mit solchen tiefer Melancholie. Da sie gleichzeitig parametritische Exsudate hatte und in Folge eines nicht geheilten kompleten Dammrisses an Incontinentia alvi litt, sich also jahrelang in einem überaus traurigen Zustand befand, so lässt sich die Ursache der Hysterie sowohl wie der Melancholie eher in diesem als in den Cervixrissen suchen. Emmet hat auch nicht nur die letzteren, sondern auch die Dammruptur operativ beseitigt, nachdem durch präparatorische Therapie die Parametritis und Metritis gehoben war. Pat. wurde geheilt.

Ein weiterer von Sutton (Amer. Gyn. Trans. 1880) mitgetheilter Fall betrifft eine Pat., welche an Krampfanfällen litt. Durch Druck auf den Risswinkel des Cervix konnten sie ausgelöst werden. Trachelorraphie führte zur Heilung.

Außer einigen Krankengeschichten, welche Verf. aus Mundé's Minor Surgical Gynaecology« und Emmet's »Principles and Practice of Gynaekology« citirt, referirt er schließlich noch einen Fall aus des Letzteren Praxis. Eine Wöchnerin, welche, während sie einige Zeugstückchen im Munde hielt, erschreckt wurde und vielleicht eines derselben verschluckte, konnte von diesem Tage an weder feste noch halbfeste Nahrung genießen. Es wurde ihr vorgehalten, dass die Schluckbeschwerden hysterische seien und sie mit Aufbietung ihrer Willenskraft dieselben beseitigen könne. Zweimal fanden die Wärterinnen die Pat. halberstickt, nachdem sie den Versuch gemacht, etwas Festes zu schlucken. Nach Ansicht des Ref. spricht dies nicht gegen, sondern gerade für die Hysterie der Kranken. Emmet machte bei ihr die Trachelorraphie. 10 Tage später aß sie ohne Beschwer alle Speisen. Der frühere Zustand kehrte nicht zurück.

Auch dieses günstige Resultat der Operation kann kaum als Beweis des Zusammenhanges der Schluckbeschwerden und des Cervixrisses angesehen werden. Der psychische Effekt des Eingriffes kann, wie es ja von anderen Fällen bekannt, jenes Symptom der Hysterie zum Verschwinden gebracht haben.

Ref. glaubt, dass die Anhänger der Emmet'schen Operation durch Mittheilung solcher, zum mindesten zweifelhafter Fälle dem Ansehen derselben eher Abbruch thun, als es heben. **Graefe** (Halle a/S.).

## 13) Hamon de Fresnay. Über Nutzen und Gefahren vaginaler und intra-uteriner wässriger und antiseptischer Injektionen.

(L'abeille méd. 1886. No. 2.)

H. de F. berichtet über 5 Fälle aus seiner Praxis, bei welchen einfache vaginale oder von ihm selbst ausgeführte (mit der Braun'schen Spritze) intra-uterine Injektionen unmittelbar von heftigen Unterleibsschmerzen und mehr oder minder starkem Erbrechen gefolgt waren. Diese im Augenblick bedenklich erscheinenden

Symptome verschwanden nach subkutanen Morphiuminjektionen schnell, ohne weitere Folgen zu haben. Verf. sieht sie nicht als wirklich peritonitische an, sondern als Reflexerscheinungen, hervorgerufen durch den von der Injektionsflüssigkeit auf die Wände des Cervikalkanales oder der Uterushöhle selbst ausgeübten Reiz.

Eine ausfürliche Besprechung finden die Gefahren, welche durch Einspritzungen in den puerperalen Uterus hervorgerufen werden können. Eindringen von Luft in die Venen, Loslösung von Thromben und dadurch bedingte Embolien, Passiren der Spülflüssigkeit durch abnorm dilatirte Tuben in die Bauchhöhle werden als solche angeführt. In dem Sublimat sieht de F. zwar das wirksamste unserer Antiseptica, aber auch das gefährlichste, speciell bei seiner Verwendung zur Desinfektion des puerperalen Uterus, welcher, abweichend von chirurgischen Wunden, geeignet ist, eine in ihn gebrachte Flüssigkeit leicht und schnell zu absorbiren. Er will den Gebrauch des Sublimats desswegen auf solche Fälle beschränkt sehen, in welchen eine schnelle und sehr energische Wirkung erforderlich ist. **Graefe** (Halle a/S.).

14) **Jetgen.** Der Kraniospast.

(Illustrirte Monatsschrift der ärztl. Polytechnik 1886. No. 1.)

An Stelle des Kranioklasten, den J. für ein unvollkommenes Zuginstrument hält, will er den Kraniospast (σπάω ich ziehe) gesetzt wissen; derselbe ist ganz analog dem Kranioklasten, was Griffe, Kompressionsschraube und Schloss betrifft, gebaut, unterscheidet sich nur durch die oberen Hälften der Branchen. Der linke Arm hat an seinem oberen Ende einen starken, scharf auslaufenden Haken und 2 cm tiefer einen gleichen zweiten, zu deren Aufnahme sich im anderen Arme in gleicher Höhe und Entfernung zwei Durchlässe befinden. Unterhalb der Haken und der Durchlässe ist jeder Arm noch mit sechs scharfen Querleisten versehen. Schon der wohlgelungenen Abbildung nach zu urtheilen scheint das Instrument entschieden dazu geschaffen zu sein, den Kranioklasten, dem eine gewisse Unzuverlässigkeit als Zuginstrument nicht abgesprochen werden kann, aus dem geburtshilflichen Instrumentarium zu verdrängen. **Menzel** (Görlitz).

15) **v. Sommer.** Ein neuer Extraktor zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Blase.

(Illustrirte Monatsschrift der ärztl. Polytechnik 1886. No. 5.)

Dieser Blasenextraktor besteht aus einer der Belloc'schen Sonde entsprechend langen Röhre (auch für die männliche Harnblase), in welcher eine Metallfeder läuft, die durch das hintere, geschlossene Ende des Katheters in einer kleinen Öffnung hin- und hergleitet und an ihrem vorderen Ende in eine mit einem Haken armirte Spirale übergeht, welche bestimmt ist, den Fremdkörper zu fassen. Auf der Feder ist ein Zeichen angebracht, aus dem zu entnehmen ist, ob der Haken vollständig auf dem Katheter ruht, oder ob ein Körper, dazwischen gelagert, sein Zurücktreten hindert. Am unteren Ende des Katheters befindet sich noch ein kleines, mit Hahnverschluss versehenes Ansatzrohr, durch welches im Verlaufe des Katheters die Blase in beliebiger Weise durch Injektionsflüssigkeiten ausgedehnt werden kann. **Menzel** (Görlitz).

16) **v. Arx.** Nephrektomie wegen unstillbarer Blutung in Folge von Ruptur. Tod.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1886. No. 9.)

59jähriger Mann fällt aus einer Höhe von 3 Fuß mit der rechten Lendengegend gegen die Kante eines gusseisernen Ofens; starker Schmerz in der rechten Nierengegend; Entleerung dickblutigen Urins. Der Blutabgang dauert ca. 10 Tage; in dieser Zeit leichte Temperatursteigerungen; vom 14. Tage an Urin klar. Pat. geht gegen den Willen der Ärzte aus dem Spital, um Tags darauf mit erneuter, heftiger Blutung zurückzukehren. Da dieselbe mit den bisherigen Mitteln nicht zum Stehen kam, wird nach 5 Tagen zur Operation geschritten. Typischer Lumbalschnitt; Auffinden der Niere etwas schwierig, da sie durch den Fall dislocirt

war; Umstechung des Hilus und Abtrennen der Niere stillt die Blutung sofort. Desinfektionsflüssigkeit $^1/_2$—1$^0/_{00}$ige Sublimatlösung. Tod nach 24 Stunden in Folge von Anämie. Bei der Obduktion keine Spur von Sepsis oder Nachblutung.

**Menzel** (Görlitz).

17) **Betz.** Eine Anwendung des Sandsacks während der Geburtsperiode.

(Memorabilien 1886. April 26. Jahrg. XXXI. Hft. 1.)

Es handelt sich hier nicht um Anwendung des Sandsacks behufs Kompression des Uterus bei Post-partum-Blutungen, sondern behufs Korrektion des über dem Beckeneingang (horizontalem Schambeinast) aufgehaltenen Kopfes. B. wurde am 3. Tage seit Beginn der Geburt zu einer 34jährigen Kreißenden, mit vorzeitigem Wasserabgang, gerufen und fand neben Wehenschwäche über dem rechten horizontalen Schambeinaste den Kopf aufgehalten und prominirend. Die Kopfstellung, von der Vagina her eruirt, ob hintere Scheitelbeineinstellung, so wie ob Beckenenge vorhanden, wird nicht angegeben. Ein $2^1/_2$ Kilo schwerer Sandsack wird auf die rechte Inguinalgegend gelegt und 4 Stunden nachher war der Kopf unter wieder gut einsetzenden Wehen spontan in das kleine Becken getreten und 1 Stunde später die Geburt spontan beendet.

**Menzel** (Görlitz).

18) **Schaad** (Schaffhausen). Über die Exstirpation einer Cyste des Dotterganges.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1886. No. 13.)

Frau F. A., 32 Jahre alt, wurde wegen Molimina menstrualia, die nach der 2. Geburt (1883) sich einstellten, am 20. Januar 1885 in die gynäkologische Station des Kantonspitals St. Gallen aufgenommen. Man fand eine intra-abdominal gelagerte, bewegliche, kindskopfgroße Cyste unterhalb dem Nabel. Uterus anteflektirt. Nur linkes Ovarium zu fühlen. Desshalb wurde die Diagnose auf eine langgestielte rechtsseitige Ovarialcyste gemacht.

Laparotomie 26. Januar 1885 ausgeführt von Dr. Kuhn. Nach dem Bauchschnitt präsentirte sich eine apfelgroße, mit der vorderen Bauchwand in der Mittellinie zusammenhängende, von den Genitalien unabhängige Cyste, die mit Netz und dem Proc. vermiformis Adhäsionen eingegangen war. Nach Abtrennung dieser Adhäsionen wird die Cyste umschnitten und von der vorderen Bauchwand gelöst. Eine walnussgroße Cyste des Lig. lat. sin. wird mit dem linken Eierstock und ca. 3 cm Stück der Tube entfernt. Das rechte Ovarium liegt der rechten Uteruskante an und wird zurückgelassen. Heilung.

Die Cyste wurde im pathologischen Institut in Bern untersucht. Der Inhalt ist schokoladefarben, fadenziehend, enthält Cholestearintafeln und Fettkugeln. Der größeren Cyste liegt an der rechten Seite eine zweite kleinere an, die mit der ersteren durch eine stecknadelkopfgroße Öffnung kommunicirt. Die größere Cyste hat eine 2—4 mm dicke Wandung, die aus Bindegewebe und wirr durch einander ziehende Bündel von glatten Muskelfasern besteht. Die Innenfläche ist Schleimhaut, trägt ein hohes Cylinderepithel und drüsige Organe. Die Wand der kleineren Cyste ist dünner, hat nur in den äußeren Partien glatte Muskelfasern, nach Innen sieht das Gewebe wie Granulationsgewebe aus, mit großen deciduaähnlichen Zellen, mit stark verästelten Riesenzellen durchsetzt, nirgends eine Epithelbekleidung. Die Lage der Cyste und die Struktur der Wandung lassen wohl außer Zweifel, dass hier eine Retentionscyste vorliegt, die ihre Entstehung dem Offenbleiben eines Theils des persistirenden Dotterganges verdankt, während die Kommunikation mit dem Darme sich verschlossen hat.

**Debrunner** (Heidelberg).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**№ 40.** **Sonnabend, den 2. Oktober.** **1886.**



## Ein weiterer Beitrag zur Exstirpation grofser submuköser Myome durch die Laparotomie.

Von

Dr. **Wilhelm Hager** in Wandsbek.

In No. 31 dieses Centralblattes publicirt W. Nagel[1] einen am 10. Juli d. J. von Martin operirten Fall, in welchem ein 940 g schweres submuköses Myom, welches bereits in die Scheide geboren war, durch die Laparotomie mit Erfolg exstirpirt wurde und glaubt, dass gegenüber der Schwierigkeit und Gefährlichkeit der Entfernung von submukösen Myomen per vaginam die Exstirpation per laparotomiam günstigere Chancen böte.

Es entspricht durchaus dem Geiste der modernen Antisepsis, dass Operationsmethoden, wie die Kolpomyomotomie, deren Ausführung oft eben so unberechenbar und schwierig, wie ihr Erfolg unsicher ist, wo es, ich möchte sagen, oft so sehr viel auf »Glück« ankommt, mehr und mehr verdrängt werden durch solche Methoden, welche den Arzt in den Stand setzen, das Operationsfeld vollkommen zu beherrschen. Trotzdem hegte man bis vor Kurzem gegen die Laparotomie bei großen submukösen resp. interstitiellen Myomen die größten Bedenken, wenn dieselben bereits in die Scheide herabgetreten waren. So sagt Schröder noch in der 5. Auflage seines Handbuchs (1881) p. 247: »Ragt das Myom tief in den erweiterten Cervix hinein, so ist die Laparotomie kontraindicirt; wenigstens dürfte

[1] Exstirpation eines großen polypösen Myom des Corpus uteri durch die Laparotomie.

eine Totalexstirpation des Uterus mit der Vaginalportion, wie **Freund** sie bei Carcinomen empfohlen hat, hierbei so schwierig und gefährlich sein, dass sie wohl besser unterbleibt.«

Ich bin nun in der Lage, über eine weitere glücklich verlaufene Laparotomie bei einem mannskopfgroßen Fibromyom des Uteruskörpers, dessen Geburt bereits durch die Natur eingeleitet war, zu berichten.

Am 19. April d. J. wurde ich zu der 22jährigen Frau des Arbeiters Meyer in Hamburg wegen profuser Blutungen aus der Scheide gerufen. Anamnestisch erhob ich, dass dieselbe seit ihrem 15. Lebensjahr menstruirt sei und seitdem an starken Menorrhagien leide; in ihrem 17. Lebensjahre sei sie lange Zeit auf der inneren Abtheilung des Hamburger allgemeinen Krankenhauses ohne wesentlichen Erfolg mit Ergotininjektionen behandelt, seit 2 Jahren verheirathet und seitdem bemerke sie eine Geschwulst im Leibe, welche Anfangs für Schwangerschaft angesehen worden sei. Seit 8 Wochen sei sie bettlägerig, da die Blutung unstillbar und der ganze Körper geschwollen sei.

Die Pat. war eine gracil gebaute, ganz auffallend anämische Frau von wachsgelbem Hautkolorit und enormer Blässe der sichtbaren Schleimhäute. Starkes Ödem beider unteren Extremitäten, Anasarka der Bauchdecken. Doppelseitiger Hydrothorax bis zum unteren Schulterblattwinkel. Starke Dyspnoe. Puls frequent, 132. Systolisches Blasen an der Herzspitze. Das Abdomen ist vorgewölbt durch einen bis zur Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz hinaufgehenden Tumor, welcher durchaus die Form eines im 8. Monat schwangeren Uterus hat, sich von diesem aber durch seine derbere Konsistenz unterscheidet. Die seitlichen Partien des Abdomens geben tympanitischen Schall. Starke Blutung aus der Scheide. Die innere Untersuchung ergiebt eine straffe, enge Scheide. Durch den thalergroß eröffneten Cervix fühlt man das glatte, ziemlich weiche untere Ende des Tumor in die Scheide hineinragen. Die am folgenden Tage in der Narkose vorgenommene Untersuchung mit der Sonde ergab, dass die vordere Fläche des Tumor nirgend mit dem Uterus verwachsen war. Die Sonde dringt 19 cm nach oben bis in die Nähe des oberen Endes des Tumor mit Leichtigkeit vor. An der hinteren Fläche der Geschwulst findet sie gleich in der Gegend des inneren Muttermundes ein unüberwindliches Hindernis. Die Parametrien sind völlig frei von Geschwulstbildung.

Es handelte sich also um ein großes, wahrscheinlich interstitiell entstandenes, submuköses Uterusmyom, ausgehend von der hinteren Wand des Uterus, dessen Geburt per vias naturales bereits eingeleitet war. Wie fest und in welcher Ausdehnung das Myom mit dem Uterus zusammenhing, darüber ließ sich natürlich nichts Sicheres feststellen. Das rasche Wachsthum der Geschwulst, die profusen Blutungen, die extreme Anämie mit ihren Folgezuständen indicirten aber ohne Frage den operativen Eingriff. An die Enukleation des Tumor von der Scheide aus, von wo er im ersten Augenblick am zugänglichsten erschien, war bei der Größe desselben und dem elenden Zustande der Pat. nicht zu denken. Wenn überhaupt, so hätte er höchstens stückweise und in mehreren Sitzungen entfernt werden können. Auch die übliche Entfernung des Tumor durch die Laparotomie stieß desshalb auf Schwierigkeiten, weil die Möglichkeit der Stielbildung ausgeschlossen war und die Freund'sche Operation wahrscheinlich eine schlechte Prognose gegeben hätte. Die besten Chancen für die Genesung der Pat. schien mir das von **A. Martin** zuerst geübte Verfahren zu bieten, nämlich den Tumor zu enukleiren, nachdem der Uterus, wie beim Kaiserschnitt, eröffnet war. Ließ sich der Tumor aus der Uterussubstanz nicht ausschälen, so blieb als Ultima ratio die Freund'sche Operation immer noch übrig.

Am 28. April nahm ich die Operation vor unter gütiger Assistenz der Herren DDr. **Ebert** und **Hunnius**. Das Zimmer, welches am Tage vorher geräumt und desinficirt war, bot gerade so viel Raum, als zur Vornahme der Operation unumgänglich nothwendig war. Sorgfältige Desinfektion der Scheide. Bauchschnitt in der Linea alba, 4 Finger breit oberhalb des Nabels beginnend, bis zur Symphyse. Es fließt reichlich Ödemflüssigkeit ab. Einige kleine Gefäße werden gefasst. Nach

Eröffnung der Peritonealhöhle wird der nirgends adhärente Uterus mit seinen Adnexen ohne Schwierigkeit aus der Bauchhöhle hervorgewälzt. Dabei fallen im oberen Wundwinkel einige Darmschlingen vor, welche in warme Sublimattücher gehüllt werden. Uterus, Tuben, Ovarien sind hochgradig ödematös, glatt und glänzend. Eröffnung des Uterus durch einen in der Medianlinie über die vordere Wand und den Fundus geführten Schnitt. Dabei ergießt sich eine Menge dunkel gefärbten dünnflüssigen Blutes. Nun wird der Tumor nach Spaltung der Kapsel mit beiden Händen gefasst. Derselbe ist mit der hinteren Wand, so wie mit dem Fundus uteri fest verwachsen und wird unter großer Kraftanstrengung und unter Beihilfe von Muzeux'schen Zangen vom Uterus losgetrennt. Alsdann werden einige größere im Uterus zurückgebliebene Gewebsfetzen mit der Schere entfernt, die Uterushöhle mit 1‰iger Sublimatlösung ausgespült, ein dickes Drainrohr in den Cervix gelegt und der gut kontrahirte Uterus durch ca. 30 theils tiefgreifende, theils oberflächliche Katgutnähte geschlossen. Toilette des Peritoneum. Isolirte fortlaufende Peritonealnaht mit feinem Katgut. Bauchdeckennaht. Dauer der Operation 1 Stunde. Pat. sehr kollabirt, Puls schwach, kaum fühlbar. Abends 7½ Uhr Puls 100, schwach. Temperatur 37,0. In den ersten Tagen bis zum 2. Mai vollkommen fieberfreier, reaktionsloser Verlauf. Vom 3. Tage an wurden täglich 2mal Ausspülungen der Scheide mit 3%iger Karbollösung vorgenommen. Am 3. Mai stieg die Temperatur auf 38,6. Die ziemlich reichliche Sekretion aus der Scheide etwas übelriechend. Bauchwunde völlig per primam geheilt. Am 4. Mai wird das Drainrohr entfernt und täglich 2mal der Uterus mit 3%iger Karbollösung ausgespült. Trotzdem gelang es nicht, den übelriechenden Ausfluss so bald zu beseitigen. Da an eine Durchführung der permanenten Irrigation bei den ungünstigen äußeren Verhältnissen der Pat. nicht zu denken war, wurde der Uterus täglich mehrfach mit Chlorwasser ausgespült, während ein warmer Wasserstrom durch die Scheide geleitet wurde. Durch den Katheter entleerten sich fortwährend Massen fetzigen Eiters. Hin und wieder wurde nach der Ausspülung ein Jodoformstift in die Uterushöhle eingeschoben. Erst am 9. Mai war das mäßig hohe Fieber und die Eiterung vollkommen beseitigt. Die Parametrien waren trotz der starken und meist übelriechenden Sekretion frei geblieben. Die Pat. fühlte sich subjektiv stets wohl, hatte Appetit und nahm unter dem Gebrauch leichter Eisenpräparate sichtlich zu. Die Ödeme waren schon in der 4. Woche verschwunden.

Am 15. Mai konnte Pat. geheilt aus der Behandlung entlassen werden. Die kombinirte Untersuchung ließ den Uterus 3 Finger breit oberhalb der Symphyse fühlen. Derselbe war auf Druck nicht empfindlich; geringer schleimiger Fluor. Parametrien frei.

Am 29. Juni stellte sich die Menstruation wieder ein, dauerte bis zum 2. Juli und bestand in geringer Absonderung von hellrothem Blut. Pat. kann jetzt alle häuslichen Arbeiten ohne Ermüdung verrichten und sieht frisch und wohlgenährt aus.

Der exstirpirte Tumor war mannskopfgroß und hatte ein Gewicht von 1750 g. Nach der von Herrn Dr. E. Fränkel gütigst vorgenommenen Untersuchung handelte es sich um ein reines Fibromyom.

---

## 1) F. A. Kehrer (Heidelberg). Zur Kaiserschnittfrage.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVII. Hft. 2.)

In Bd. XIX des Archiv für Gynäkologie (cf. Ref. dieses Blattes 1882 p. 486) hat K. eine Modifikation des alten konservativen Kaiserschnittes angegeben, im Wesentlichen darin bestehend, dass der Uterus nicht in der Längsachse, sondern quer in der Gegend des inneren Muttermundes incidirt, ferner eine getrennte Uterus- und Bauchfellnaht mit Einfalzung der Ränder des Peritoneum angelegt wird. Von 2 nach dieser Methode operirten Fällen verlief einer letal. K. giebt

nun in der vorliegenden Arbeit die Beschreibung zweier weiterer in derselben Weise ausgeführter Operationen. Eine Wöchnerin, welche schon zuvor gefiebert, starb am 5. Tage post operationem an Sepsis; das Kind blieb erhalten. Die andere, eine osteomalakische, bei welcher die Sectio caesarea in der Eröffnungsperiode ausgeführt wurde, genas. Auch das Kind wurde lebend entwickelt.

An die (im Original ausführliche) Mittheilung dieser beiden Fälle knüpft K. einige Bemerkungen über die Frage nach der Indikation des konservativen Kaiserschnittes und der Porro'schen Methode, so wie über die geeignetste Methode des konservativen Kaiserschnittes. Den letzteren, nach verbesserter Methode, will er in allen unkomplicirten Fällen angewandt wissen, den Porroschnitt dagegen bei Komplikationen, wie septischer Beschaffenheit des Uterovaginalinhaltes, Febris und Metritis parturientis, ferner bei multiplen Myomen des oberen Uterus, bei ausgedehnter Vaginalatresie u. dgl.

Was die konservative Sectio caesarea betrifft, so giebt er seiner Modifikation derselben den Vorzug vor der Sänger'schen, weil bei ihr die Wundränder vermöge der vorwiegend cirkulären Richtung der Muskelfasern und der physiologischen Anteflexion des puerperalen Uterus die geringste Neigung zum Klaffen, zum Ektropium haben, weil ferner beim tiefen Querschnitt, entsprechend der großen Seltenheit eines tieferen Placentarsitzes der Mutterkuchen höchst selten getroffen wird, damit aber die gefürchteten Placentarblutungen vermieden werden. Ein dritter Vortheil seiner Methode ist schließlich der, dass das Kind meist in Schädellage durch die Wunde entwickelt werden kann. Diesen nicht zu unterschätzenden Vorzügen stehen einige Bedenken gegenüber. So ist zu befürchten, dass die Breite des Operationsfeldes im Anfang der Geburt eine sehr geringe sei. Immer trifft dies nicht zu, wie K.'s Fall IV zeigt. Doch räth er in solchen Fällen den Querschnitt höher oben, eventuell bei mangelndem Platz einen Bogen- oder ⊥-Schnitt zu machen. Ein Weiterreißen der Wunde bis in die Lig. lata lässt sich bei vorsichtigem Durchleiten des Kopfes gewiss vermeiden. Sollten seitliche Venenplexus oder Arterienbogen doch verletzt werden, so wird ihre Umstechung resp. Unterbindung keine Schwierigkeiten machen.

Die Befürchtung, dass, da der tiefe Querschnitt an eine Stelle falle, wo das Peritoneum durch reichliches, subperitoneales Bindegewebe locker mit der Muscularis zusammenhängt, leichte Hämatome und Jaucheansammlungen entständen, sieht K. nach seinen bisherigen Erfahrungen als grundlos an, eben so die Sorge, dass es aus dem venösen Ringgefäß am inneren Muttermund leicht zu stärkeren Blutungen käme.

In der Frage, ob in bestimmten Fällen der Medianschnitt dem tiefen Querschnitt vorzuziehen sei, schließt sich Verf. der von Sänger geäußerten Ansicht (Medianschnitt bei tiefsitzenden Fibromen und peritonitischen Schwielen, tiefem Placentarsitz und geringer Breite oder sonst erschwerter Zugänglichkeit des unteren Uterinseg-

mentes) an, nur will er, abweichend von diesem, auch bei Wiederholung der Sectio caesarea nach vorausgegangenem tiefem Querschnitt doch diesen, nur an höherer Stelle, wiederholen.

Aus den detaillirten Vorschriften zur Ausführung seiner Methode, mit welchen K.'s Arbeit schließt, sei hervorgehoben, dass er räth, die Placenta erst nach Anlegung der tiefen Muskelnähte zu entfernen. Letztere legt er, ohne die Serosa mitzufassen; er führt sie aber durch die Decidua. Als Nahtmaterial benutzt er Sublimatseide.

Für eine Bauchfelltoilette im Allgemeinen ist K. nicht. Für nicht unwichtig aber hält er es, die ganze Vorderfläche des Uterus und der Parametrien, so wie die Rückseite der vorderen Bauchwand mit einem Antisepticum von solcher Stärke (Sublimat 1°/₀₀) abzuwaschen, dass dadurch eine lokale, adhäsive Peritonitis entsteht, welche die Uteruswunde mit der Bauchwand verlöthet. Auch hierdurch wird dem Lochienübertritt ein Hindernis gesetzt.

Peritoneal- und Uterusdrainage hält K. für unnöthig, in mancher Beziehung sogar für unpraktisch, wenn nicht gefährlich.

Aus den Bemerkungen über den Bauchverband ist als für die K.'sche Methode von Wichtigkeit erwähnenswerth, dass der Fundus zur Herstellung einer scharfen Anteflexion und Medianstellung des ganzen Uterus durch dicke über, hinter, eventuell neben dem ersteren fest angepresste, dicke Wattebäusche deprimirt resp. gerade gestellt werden soll.

**Graefe** (Halle a/S.).

---

## 2) **Cohn.** Zur Physiologie und Diätetik der Nachgeburtsperiode.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. Hft. 2.)

Die erste Hälfte der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit den Vorgängen der eigentlichen Lösung der Placenta von ihrer Insertionsstelle und der Geburt der gelösten Nachgeburt, zwischen welch beiden Perioden Verf. scharf geschieden wissen will. Es passt nicht in den Rahmen eines Referates, auf die Eingangs der Arbeit angeführten, sehr zahlreichen Kontroversen einzugehen, welche in den letzten Jahren über diese Punkte gepflogen worden sind; es ist hier nur der Ort, den von C. beobachteten Modus beider Vorgänge kurz zu schildern.

Verf. greift hierbei auf die neuesten Untersuchungen C. Ruge's zurück; der letztere stellte nämlich auf Grund mikroskopischer Untersuchungen fest, dass schon im Anfang der Geburt mit den ersten regelmäßigen Wehen, durch Verschiebung der Placenta an ihrer Haftstelle eine Lockerung in der Decidua serotina beginnt, durch welche gewissermaßen »Haftstränge« gebildet werden, die es der Placenta ermöglichen, der sich kontrahirenden Haftstelle folgen zu können. Dieses sich bildende, bindegewebige Netzwerk, in welchem die Gefäße auch verlaufen, die zwischen Mutter und fötaler Placenta den

Gasaustausch vermitteln daher trotz langer Geburtsarbeit und oft schon ad maximum ausgebildeter Retraktion des Uteruskörpers die kindliche Cirkulation nicht erheblich gestört wird — ist daher einer großen Verschiebbarkeit fähig. Die völlige Ablösung findet erst später an einer nicht bestimmten Lage der Decidua statt. Intra partum also bereitet sich die Lösung der Placenta histologisch bis zu dem Moment schon vor, wo das Kind die mütterlichen Geburtswege verlassen hat.

Den Lösungsvorgang untersuchte nun C. durch vorsichtiges Eingehen mit der Hand in den Uterus unmittelbar nach Ausstoßung des Kindes. Hierbei wurde die Placenta allemal charakteristisch gewulstet und in ganzer Ausdehnung der Uteruswand anhaftend, ohne jede centrale und laterale Ausstülpung gefunden. Erst nach der ersten Wehe starke Wulstung der Placenta, die aber in ihrer Lage bleibt; in der Wehenpause starker retroplacentarer Bluterguss, Vorwölbung des Centrums und des unteren Randes, nachdem also das intra partum gebildete Netzwerk der Serotina durch starke Verschiebung während der ersten Wehe zum Reißen gebracht und durch Hineinsinken der Nachgeburt in das Cavum uteri in der Wehenpause durch ihre eigene Schwere der retroplacentare Raum durch Aspiration mit Blut gefüllt war. Durch neue Wehen wirkt der Bluterguss hydraulisch und löst die noch adhärenten Partien der Nachgeburt; gleichzeitig wirken aber auch die Wehen austreibend, indem sie die Placenta ins untere Uterinsegment treiben. Dauert die letzte das Kind austreibende Wehe noch nach erfolgter Geburt an, so wird man natürlich beim Eingehen in den Uterus in der Wehenpause bereits einen Theil der Placenta durch den retroplacentaren Bluterguss abgehoben finden, also gewissermaßen eine Verfrühung des physiologischen Vorgangs. Das Hauptlösungsmoment sind also einzig und allein die Nachgeburtswehen; mag die erste nun im Moment eintreten, wo das Kind den mütterlichen Genitalkanal verlässt, oder erst nach einiger Zeit der Ruhe, immer bewirkt sie die während der Geburt vorbereitete Lösung zum größten Theil und ermöglicht die Bildung des retroplacentaren Blutergusses, des zweiten wichtigen Faktors.

Das »Wann« der eigentlichen Lösung ist daher schwer zu bestimmen.

Die Ausstoßung der Placenta geht mit der Lösung Hand in Hand; während die zweite Wehe die Nachgeburt vollständig bis zur Insertion der Eihäute trennt, vollenden die folgenden die Austreibung, indem die Placenta, dem Wehendruck nachgebend, so wie ihrer natürlichen Schwere folgend, mit dem Centrum der fötalen Fläche voran, durch den Kontraktionsring ins untere Uterinsegment tritt, indem sie dasselbe passiv dehnt und Raum schafft.

Auch von den Bauchdecken aus kann man Lösung und Ausstoßung beobachten. Nach Geburt des Kindes ist der Uterus sehr schlaff, breit, flach von vorn nach hinten und steht meist mehrere Querfinger

breit unter Nabelhöhe; erste Wehe: Uterus hart, steigt nach oben und bei folgenden Wehen sogar über Nabelhöhe. Corpus uteri klein, hart: Placenta im unteren Uterinsegment. An dem Aufsteigen des Uterus also kann man die Ausstoßung der Placenta verfolgen. Nach genauen Messungen an 100 Fällen stieg der Uterus nach ca. 12,3 Minuten 4 cm in die Höhe, während seine Breite um 2,5 cm abnahm.

Diese Lösung der Placenta geht so gut wie ausnahmslos ohne jede Hilfe von außen vor sich, ohne jedwede Manipulation von Seiten des Arztes oder der Hebamme. Unter 804 Geburten war nur 4mal manuelle Trennung der Placenta nöthig.

Den Austrittsmodus nach Schultze oder Duncan betreffend, beobachtete C. unter 500 Geburten 368mal den Schultze'schen und 132mal (35%) den Duncan'schen Modus; bei allen Fällen wurde der Uterus bis zur Ausstoßung der Placenta ins untere Uterinsegment ganz in Ruhe gelassen.

Eine blutlose Geburt hält Verf. für unmöglich, ein gewisser Blutverlust ist sicher physiologisch, da die entbundene Frau plötzlich viel weniger zu leisten hat und das erheblich verkleinerte Organ, der Uterus, die vorherige größere Blutmenge gar nicht mehr bedarf. Genaue Wägungen bei 101 auf einander folgenden Geburten ergaben im Durchschnitt 170 g, bei den 85 Schultze'schen Lösungen 157 g, bei den 16 Duncan'schen 295 g Durchschnittsmenge. Die geringsten Mengen ergaben sich bei ersterer Lösung mit 20 g.

Die Lösung der Placenta geht nach C. rein mechanisch durch den Zug der herabtretenden Placenta vor sich; der Blasensprung scheint nach ihm eine gewisse vorbereitende Rolle zu spielen. Wulstungen der Eihäute in utero konnte er weder bemerken noch tasten.

Die zweite Hälfte der Arbeit bildet die Diätetik der Nachgeburtsperiode. Ausgehend von der Thatsache, dass die alleinige austreibende Kraft für die Placenta, befindet sich dieselbe im unteren Uterinsegment, die Bauchpresse ist, lehrten doch dem Verf. zahlreiche Beobachtungen, dass dieselbe nicht im Stande ist, das Nachgeburtsgeschäft zu beenden. Er tritt desshalb dafür ein, dieselbe zu entfernen, sobald sie den Uteruskörper verlassen hat und zwar durch sanftes Hinabschieben des Fundus uteri in den Beckeneingang mit der Hand; der Dubliner und Credé'sche Handgriff werden verworfen. Verf. stellt schließlich folgende Principien für die Diätetik der Nachgeburtsperiode auf:

»1) Wird in Seitenlage entbunden, so ist nach Geburt des Kindes die Rückenlage einzunehmen.

2) Der Uterus ist in keiner Weise zu berühren, zu drücken oder zu reiben.

3) Zeitweise sieht man nach, ob es vielleicht stärker blutet. Auch bei Duncan'scher Lösung ist der Blutverlust ein geringer.

4) Nach 10—15 Minuten (selten später) zeigt das Hochstehen des Fundus (3—4 Querfinger oberhalb des Nabels) und sein kleineres

Volumen an, dass die Placenta den Uteruskörper selbst verlassen und im unteren Uterinsegment oder theilweise schon in der Scheide liegt.

5) Sind diese Vorbedingungen erfüllt, so fasse man sanft den Fundus uteri und schiebe ihn nach unten ins kleine Becken (wie es Credé als den zweiten Theil seines Verfahrens angiebt) und die Placenta wird langsam durch die Schamspalte austreten. Sollten die Eihäute nicht sofort nachgleiten, so entferne man sie (ohne sie aufzudrehen) durch sanften Zug nach unten und hinten.

6) Ein Überwachen des Uterus ist nun nur noch in den seltensten Fällen nöthig.

7) Der Credé'sche Handgriff, d. i. das Auspressen der Placenta aus dem Uterus, bleibt nur für die Fälle reservirt, wo der gelösten Placenta ein Hemmnis im Wege steht, welches sie verhindert, vollständig aus dem Uteruskörper herauszutreten, z. B. bei excessiver Größe der Placenta, die es ihr nicht ermöglicht, den mäßig zusammengezogenen Kontraktionsring zu überwinden, namentlich bei Zwillingsplacenten.«

**Menzel** (Görlitz).

---

### 3) **Reimann.** Zum Aufsatze des Herrn Prof. Dohrn »die Bildungsfehler des Hymen«.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. Hft. 2.)

R. vervollständigt die von Dohrn in dieser Zeitschrift niedergelegte Zusammenstellung der Bildungsfehler des Hymens theils durch eigene Beobachtungen, theils durch Angaben aus einer russischen Dissertation von Merscheewsky, die Dohrn jedenfalls nicht zu Gebote gestanden. Merscheewsky hatte nämlich Gelegenheit bei dem Process gegen die »Skopzen« 111 Jungfrauen im Alter von 17 bis 80 Jahren zu untersuchen. Die Details sind in dem kleinen Nachtrag nachzulesen.

**Menzel** (Görlitz).

---

## Kasuistik.

### 4) Statistik.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1886. No. 8.)

Aus dem tabellarisch zusammengestellten Jahresbulletin des eidgenössischen statistischen Bureaus über die Geburten und Sterbefälle in den größeren städtischen Gemeinden der Schweiz (Genf, Zürich, Basel, Bern, Lausanne, Chaux de Fonds, St. Gallen, Luzern, Neuschâtel, Winterthur, Biel, Schaffhausen, Fribourg, Herisau, Locle) vom 1. Januar bis 31. December 1885 sei nur hervorgehoben, dass auf eine faktische Bevölkerung von 463 445 Einwohner in diesen Städten 12 712 Geburten ohne todtgeborene und 598 todtgeborene entfallen. Bei einer Gesammtmortalität von 10 256 kommen 78 Todesfälle an puerperalen Erkrankungen in Betracht.

**Menzel** (Görlitz).

### 5) **Matwew.** Ovariotomien in Russland.

Dissertation, St. Petersburg, 1886. (Russisch.)

Seit 1848 sind 696 Ovariotomien in Russland gemacht worden, die erste mit glücklichem Ausgang 1862. Die Operationen vertheilen sich auf 96 Operateure, freilich sehr ungleich. Auf die Universitätsstädte kommt beinah drei Viertel

(Petersburg 294, Moskau 110, Kiew 59, Warschau 52, Kasan 28, Dorpat 25, Helsingfors 4), von den übrigen fällt der größere Theil auf das Hospital einer Fabrik im östlichsten Russland (Nischnie-Tiagil im Gouvernement Perm 46 Fälle) und auf Tambow (16). Die Zahl der Todesfälle in Folge der Operation war 213 (32%), freilich mit den Jahren immer abnehmend, 16mal wurde die Ovariotomie bei Schwangeren ausgeführt, 2mal mit tödlichem Ausgange, 6mal folgte Abort. Wiederholt wurde die Operation 2mal an derselben Frau, einmal mit tödlichem Ausgange. Ursache des Todes war in mehr als der Hälfte der Fälle (133) Peritonitis in verschiedenen Formen. Der auffallende Unterschied im Procentsatz der tödlichen Fälle für die einzelnen Operateure (Krassowsky 42%, Lazarewitsch 41,9% bis zu Rein 7,7%) erklärt sich unter Anderem theils durch örtliche Verhältnisse, theils durch die Zeit, wann die Operation vorgenommen wurde, vor oder nach der Einführung der Antiseptik. **Reimann** (Kiew).

6) **C. Strüh** (Hildesheim). Über cystische Geschwülste im Nebeneierstock.

Inaug.-Diss., Zürich, 1886.

In einer Einleitung bespricht Verf. des Genaueren die embryologischen und anatomischen Verhältnisse des Parovariums. Es folgen die Krankengeschichten von sieben Parovarialcysten, die in den letzten 10 Jahren in der Frankenhäuser-schen Klinik zur Beobachtung kamen, wo das Verhältnis von Nebeneierstockscysten zu Eierstockscysten wie 7 : 78 ist. Alle sieben Tumoren wurden per laparotomiam entfernt und die Pat. dauernd geheilt. Das Alter der Pat. war 21, 26, 28, 2mal 30, 32 und 54 Jahre. Eine Person war ledig, 5 verheirathet, wovon eine steril, die übrigen 4 hatten 1—2mal normal geboren, eine außerehelich. In den meisten Fällen war die Periode ganz regelmäßig, kein Fluor vorhanden. Nur in einem Falle war das Wachsthum des Tumors rapide, bei den übrigen langsam auf 1—3 Jahre ausgedehnt. Zweimal war das rechte, 5mal das linke Parovarium der Ausgang der Erkrankung. Sämmtliche Cysten von Kleinkindskopfgröße hatten eine dünne gleichmäßige Wandung, hellen, dünnflüssigen, nicht klebrigen Inhalt. An der Innenfläche der Cysten konnte immer Cylinderepithel konstatirt werden, das in vier Fällen mit Cilien besetzt war. In 5 Fällen wurde das Ovarium der erkrankten Seite normal befunden, in 2 Fällen war dasselbe hypertrophisch, durch den Tumor bedeutend in die Länge gezerrt. Sechsmal war ein kurzer breiter Stiel, aus der Tube und dem Lig. latum gebildet, vorhanden. In einem Falle war keine Stielbildung da, es musste der Tumor aus den beiden Blättern des Lig. lat. herausgeschält werden.

Es folgt eine ausführliche Besprechung der pathologischen Anatomie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie dieser Cysten, worin jedoch zu dem bis jetzt Bekannten nichts wesentlich Neues geboten wird.

**Debrunner** (Heidelberg).

7) **Widmer** (Islikon). Eigenthümlicher Fall von Hysterie durch Kastration geheilt.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1886. No. 9—11.)

Die ledige R. S. v. W., geboren 1859, aus einer psychisch stark belasteten Familie stammend, führt ihre jetzige Erkrankung auf einen Nothzuchtversuch zurück, dessen Opfer sie 1881 gewesen ist. Seither soll die sonst schmerzlose und regelmäßige Periode unregelmäßig, schmerzhaft und häufig cessirend geworden sein. Hand in Hand mit diesen Symptomen trat ein sehr belästigender hysterischer Husten ein, wesshalb die Kranke Mai 1881 Verpflegung in der Irrenanstalt »Burghölzli« fand, wo sie Juni 1882 nach wesentlicher Besserung entlassen wurde. Schon 6 Wochen nach ihrer Entlassung trat der hysterische Husten in verstärktem Maße auf. In rasch auf einander folgenden Anfällen kräht Pat. 10—20 ja 100mal wie ein Hahn. Der Schlaf ist oft halbe ja ganze Nächte hindurch durch diese Anfälle gestört. Plötzlich verschwindet der Husten und macht einer leichten Erothomanie Platz. Nach 10 Tagen trat der frühere Zustand wieder ein. Abge-

sehen von einer großen Niedergeschlagenheit war der psychische Zustand normal. Bis 1884 wurden alle antihysterischen Mittel ohne Erfolg versucht. Gegen die menstruellen Beschwerden wurde die Discisio cervicis gemacht ohne Erfolg. Gelegentlich bemerkte man, dass die Hustenanfälle sofort sistirten, wenn auf die Ovarialgegend ein ziemlich starker Druck ausgeübt wurde. Dies Experiment konnte sicher und jeder Zeit wiederholt werden. November 1884 wurde die Kastration von Dr. Haffter ausgeführt. Glatter Wundverlauf. Prima reunio. Am 8. Tage werden die Nähte entfernt und ein zweiter aseptischer Verband angelegt. Durch Unruhe der Pat. riss die Bauchwunde auf und es mussten die unter den Verband vorgefallenen Netz- und Darmpartien reponirt und eine zweite Naht angelegt werden. Wieder primäre Verklebung. Makroskopisch zeigten die Ovarien kaum eine Veränderung. Puncto Stielbehandlung räth Dr. Haffter denselben wie einen Amputationsstumpf zu behandeln, die Gefäße einzeln zu unterbinden und die Serosa über die kleine Wunde zu nähen.

Der Erfolg der Operation ist ein glänzender. Pat. ist arbeitsfähig und bis jetzt ($1^1/_2$ Jahre post operationem) ist kein einziger Hustenanfall mehr aufgetreten.

**Debrunner** (Heidelberg).

## 8) Heilung moralischen Irreseins durch Kastration.

(Annales méd. psycholog. 1886. — Irrenfreund 1885. No. 11/12.)

Ein 19jähriges Mädchen, hereditär belastet, welches im 7. Jahre Scarlatina mit Delirien überstanden hatte und später 9 Jahre lang in Irrenanstalten untergebracht war, zeigte einen so reizbaren und heftigen Charakter, dass ihre Anwesenheit unerträglich war. Die Symptome waren am schlimmsten zur Zeit der Menses; die Gegend der Ovarien war etwas empfindlich. Desshalb die Kastration ausgeführt. Einen Monat nachher war Pat. vollkommen geheilt und ist es bis heute — nach 2 Jahren — geblieben.

**Heilbrun** (Kassel).

## 9) **Boldt.** Dysmenorrhoe in Folge von Retroversio uteri als Ursache von Melancholie.

(New Yorker med. Presse 1886. No. 5.)

36jährige Pat., welche 3 Geburten und 3 Aborte glücklich überstanden, zeigt Verfolgungsideen und ist verschiedene Male nur mit knapper Noth an der Ausführung von Selbstmordplänen verhindert worden.

Die Untersuchung ergiebt neben Abmagerung und Anämie einen ziemlich bedeutenden Dammriss, Rectocele, doppelseitigen Cervikalriss und Retroversio uteri (Höhlenlänge $3^1/_2$ Zoll).

Orthopädische Behandlung der Lageveränderung nach vorheriger Borglycerintamponade des Uterus bringen nach 6 Monaten sämmtliche krankhaften Erscheinungen, auch die der Melancholie, zum Schwinden. Als nach 9 Monaten auf Wunsch der Pat. das Pessar entfernt wird, traten 6 Wochen später dieselben psychischen Symptome wieder ein, um nach Reposition des wieder in seine alte Retroversionsstellung zurückgekehrten Uterus und Fixation desselben durch ein Pessarium wieder zu verschwinden.

**Menzel** (Görlitz).

## 10) **Bernays.** Eine Puppe und mehrere Larven in der Nasenhöhle eines Kindes.

(New York med. Presse 1886. No. 5.)

Der Vater eines 11jährigen Mädchens berichtet B., dass zweimal beim Niesen aus der Nase seines Töchterchens eine Insektenlarve herausgekommen sei; bei der persönlichen Vorstellung des Kindes kamen nach einigen Einspritzungen von warmem Wasser noch drei andere Larven und eine vollständige Puppe (Kokon) derselben Thierart — es handelte sich um Carpocapsa pomonana, dieselbe Larve, wie sie in wurmstichigen Äpfeln angetroffen wird — zum Vorschein. B. vermuthet, dass die Motte dem vermuthlich schlafenden Mädchen die Eier in die Nase gelegt habe und zwar in die Choanen, woselbst sich die Maden vom Nasenschleim ernährten. Wahrscheinlicher ist wohl, dass die mittlere oder obere Nasenmuschel

den Larven zum Aufenthalt gedient haben; denn die durch die Choanen fortwährend durchstreichende Luft würde ein Einspinnen wohl kaum ermöglicht haben.

**Menzel** (Görlitz).

11) **Reuter.** Ein Beitrag zur Lehre vom Hermaphroditismus.

(Verhandlungen d. phys. med. Gesellschaft zu Würzburg 1886. Bd. XIX.)

Es werden drei Fälle von hermaphroditischen Geschlechtstheilen — alle drei Zwitter waren Schweinsföten und von ein und demselben Mutterschwein in drei verschiedenen Würfen zu Tage gesetzt — beschrieben; die beiden ersten Präparate sind Scheinzwitterbildungen, während das dritte eine wahre seitliche Zwitterbildung darstellt. Bevor R. zur Beschreibung obiger Fälle übergeht, giebt er einen gedrängten Überblick über die Entwicklung der Lehre vom Hermaphroditismus.

1. Fall: 15 Monate altes Schwein; wohl ausgebildeter Uterus bicornis mit Scheide; an Stelle der Ovarien aber findet sich rechts und links je ein gut entwickelter Hoden mit Nebenhoden, von denen der rechte stärker ist als der linke. Die Nebenhoden lösen sich in ein dicht am Uterus und der Vagina herunterziehendes Vas deferens auf; Prostata und Samenbläschen finden sich auch vor, so dass, trotzdem die äußeren Genitalien einen entschieden weiblichen Typus tragen, das Geschlecht des Thieres als männlich bezeichnet werden muss, da bei der Lehre vom Hermaphroditismus die Geschlechtsdrüse allein entscheidend ist.

2. Fall: 6monatliches Schwein; die anatomischen Verhältnisse sind hier dieselben wie in Fall 1, nur die Größenverhältnisse sind andere, da das Thier jünger ist; es fehlen hier nur die Samenbläschen.

Trotz der Häufigkeit der in Frage stehenden Missbildungen sind die Präparate darum von besonderem Interesse, weil eine so excessive Entwicklung der Müller'schen Gänge, die auf der linken Seite auffallend deutlich in die Erscheinung tritt und ein so ausgesprochener weiblicher Typus der äußeren Genitalien bei einem Geschöpfe mit männlichen Geschlechtsdrüsen selten ist. R. erklärt ihre Entstehung dahin, dass, während die Wolff'schen Gänge zu Samenleitern und die beiden Geschlechtsdrüsen zu Hoden wurden, gleichzeitig die Müller'schen Gänge persistirten und sich zu vollständigem Uterus mit Scheide und rudimentären Tuben (Fall 2) umbildeten.

3. Fall: 2monatliches Schwein; nur das Exterieur des Präparates, welches auf den Hinterfüßen stehend zu denken ist, wird beschrieben. Die äußeren Genitalien, analog den ersten beiden Fällen von entschieden weiblichem Typus mit verkümmertem Penis; dicht unter demselben der Eingang in den Sinus urogenitalis, ein nach abwärts gerichtetes gleichschenkliges Dreieck darstellend; keine Prostata; an der vorderen Wand mündet die Urethra, an der hinteren der Genitalkanal ein, und von der Spitze des Dreiecks läuft ein derber Hautwulst zum Anus. Der Genitalkanal zerfällt in einen geraden Theil (Uteruskörper und Vagina) und in 2 vielfach gewundene, gut entwickelte Uterushörner, welche beide in Tuben übergehen, von denen jedoch nur die linke vollkommen ausgebildet ist. Die rechte Tube verläuft zwischen einem gut entwickelten Hoden und dem medianwärts von ihm gelagerten Nebenhoden, dessen Kopf sich in das Vas deferens auflockert, welches gewunden an die vordere Seite des Genitalkanals gelangt und jedenfalls (das Präparat ist nicht aufgeschnitten) in den Sinus urogenitalis mündet. Am Abdominalende der linken, gut entwickelten Tube befindet sich gleichsam in einer Tasche das bohnenförmige Ovarium, von dessen Mitte ein feingewundener Gang (Parovarium) ausgeht, an dessen unterem Ende sich eine dem Ovarium an Größe gleichkommende Lymphdrüse befindet.

Die mikroskopische Untersuchung des Hodens ergiebt alle einen normalen Hoden zusammensetzenden Formelemente und finden sich bei dem geringen Alter des Thieres noch keine Spermatozoen vor; auch das Ovarium zeigt den typischen Bau (Marksubstanz, Rindensubstanz und deutlich ausgebildete Graaf'sche Follikel in noch nicht geschlechtsreifem Zustande). Auch lässt sich mikroskopisch am linken Seitenrande des Uterovaginalkanales ein Rest des Wolff'schen Ganges deutlich nachweisen.

Es handelt sich also hier um einen Hermaphroditismus verus lateralis — rechts

das männliche Geschlecht, Hoden mit Nebenhoden, Vas deferens, links das weibliche, Uterovaginalkanal, Tuba, Ovarium mit Parovarium — bei welchem die äußeren Genitalien auf einer sehr frühen Entwicklungsstufe stehen geblieben sind, während Wolff'sche und Müller'sche Gänge gleichzeitig persistirend, rechts nur der Müller'sche, links nur der Wolff'sche in Rückbildung begriffen waren. Auf Grund dieser drei Präparate spricht R. in Übereinstimmung mit Waldeyer die Behauptung aus, dass in der Entwicklung der Keimdrüse und der betreffenden Gänge eine gewisse Abhängigkeit bestehe, weil sich in seinen Präparaten allemal nur auf jener Seite die genannten Gänge vollkommen entwickelt haben, wo auch die Keimdrüse in ihrer Entwicklung dem Geschlechtscharakter des betreffenden Ganges gefolgt ist.

Auf Grund einer sorgfältigen Zusammenstellung aller Fälle von Hermaphroditismus verus beim Menschen, von denen jedoch nur 2 als beweiskräftig zu verwerthen sind, bejaht R. die Frage nach dem Vorkommen des Hermaphroditismus verus beim Menschen. Für das Zustandekommen der betreffenden Missbildungen hält er die erbliche Übertragung und zwar nur von Seiten der Mutter durch das Ei für sehr wahrscheinlich, da alle 3 Präparate von einem Mutterthier stammen, welches nach Beendigung vorliegender Arbeit sogar noch einen vierten Zwitter geworfen hat.

Interessant ist noch zu bemerken, dass jene bekannte Katharine Hohmann, auf deren eventuelle Sektion man in Betreff der Frage des Hermaphroditismus verus beim Menschen alle Hoffnung setzte, am 15. Juli 1881 an Lungentuberkulose gestorben ist. Die Sektion ist unbegreiflicher Weise verloren gegangen.

**Menzel** (Görlitz).

12) **Korsch** (Wiatka). Über Leichengeburten.

(Russische Medicin 1886. No. 19. [Russisch.])

Verf. erwähnt des Ref. Arbeit über Leichengeburten (Archiv für Gynäkologie) und fügt zu den vom Ref. publicirten 63 Fällen noch 2 hinzu[1]. Der zweite Fall ist folgender: 4. Juli 1882 fiel die schwangere Bäuerin mit Kopf und linker Seite auf eine Mulde, starb 4 Stunden darauf und wurde an demselben Tage in eine mit Brettern, Stroh und Sand bedeckte Grube gelegt. Als eine Woche später die Grube geöffnet wurde, fand man zu den Füßen der Leiche ein neugeborenes Kind.

Aus dem Sektionsprotokoll sei hervorgehoben, dass die Fäulnis noch sehr wenig vorgeschritten war, dass sich im Munde Zeichen erfolgten Erbrechens fanden, dass in der Gegend des linken Schlüsselbeins und Schulterblattes ein handtellergroßes Blutextravasat gefunden wurde. Der Leib war gedunsen. Die vorgefallene, umgestülpte, mit Blut bedeckte Gebärmutter lag außerhalb des Leibes, neben ihr ein Kind weiblichen Geschlechtes. Die Finger der Hände stark gekrümmt. Auf dem Kopfe links fand sich ein starkes Blutextravasat, die Hirnhäute hyperämisch, die Höhlen mit Blut gefüllt, eben so ein Blutextravasat an der linken Seite des Halses. Das Kind liegt mit dem Kopfe nach unten auf dem Gesicht, die Extremitäten zu den Seiten des Körpers. Von ihm geht die 50 cm lange Nabelschnur zu der gelösten Placenta. Bei der Schwimmprobe schwammen die Lungen.

Der Gerichtsarzt gab seine Meinung dahin ab, dass die Verschiedene im lethargischen Zustande im Grabe geboren und nachher an Erstickung gestorben sei; mit ihm stimmte im Wesentlichen ein anderer Gerichtsarzt überein; fügte nur hinzu, dass das Kind lebend geboren worden.

Verf. bestreitet diese Meinung und erklärt die Geburt des Kindes durch den Druck der Leichengase. Er stützt sich darauf, dass bei Geburten Gebärmuttervorfälle äußerst selten sind (in Dublin auf 190000 Fälle 1mal, in Wien in 250000 Fällen nicht ein Mal, in den Berichten der Petersburger und Moskauer Gebäranstalten wird ein ähnlicher Fall nicht erwähnt). Dagegen kommen auf 17 vom Ref.

[1] Ref. kann zu diesen 65 Fällen noch einen in Rotterdam 1879 beobachteten hinzufügen.

angeführten Fällen von Leichengeburten in diesem Jahrhundert 6 mit Vorfall des Uterus. Dass die Lungen des Kindes geschwommen, erklärt er für Leichenerscheinung. Die Ursache des Todes der Mutter war nach seiner Meinung Epilepsie[2], wobei sie gefallen sei und eine tödliche Hirnerschütterung sich zugezogen habe.

Verf. führt dabei noch einen zweiten ähnlichen Fall (auch aus Wiatka) an, wo ebenfalls der Arzt aus der Schwimmfähigkeit der Lungen auf Geburt im Grabe schloss, eine Ansicht, die durch die höchste medicinische Behörde in Petersburg rectificirt wurde.

Ref., welcher in seiner oben citirten Arbeit die Möglichkeit einer Geburt nach dem Tode zu vertheidigen suchte, kann sich der Meinung des Verf.s nicht vollkommen anschließen, ihm scheinen die näheren Umstände des Falles durchaus nicht glaubwürdig genug festgestellt, um irgend einen sicheren Schluss zu machen.

**Reimann** (Kiew).

13) **Köhl.** Cholecystectomie bei Hydrops der Gallenblase; Heilung.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1886. No. 8.)

Den 10 bisher veröffentlichten Fällen fügt K. einen elften bei, der auf der Züricher chirurgischen Klinik von Krönlein operirt wurde.

Die 34jährige Pat. klagte seit über einem Jahre über heftige Gallensteinkoliken ohne Ikterus und bemerkte seit einigen Monaten in der rechten Bauchgegend, unterhalb des Rippenbogens, eine nussgroße, schmerzhafte Geschwulst, welche aber mit der Zeit schmerzlos wurde und nach deren Auftreten die früheren Kolikanfälle, die mitunter bis 15 Stunden anhielten, ganz ausblieben. Dagegen stellten sich jetzt Appetitlosigkeit, Brechreiz und Kopfschmerzen ein.

Die Untersuchung ergiebt keine vergrößerte Leberdämpfung; in der Gallenblasengegend ein birnförmiger, platter, auf starken Druck schmerzhafter Tumor von 7 cm Breite und 12,5 cm Länge, der beim Stehen die Symphyse fast erreicht, beim Liegen in die verlängerte Parasternallinie fällt und, während an seiner Basis kaum beweglich, in seinem unteren Ende in ausgiebigster Weise verschieblich ist.

Die Diagnose wird auf Hydrops der Gallenblase, bedingt durch Obliteration des Ductus cysticus, gestellt und zur operativen Entfernung des vergrößerten Organs geschritten.

Bauchschnitt am äußeren Rande des rechten Rectus vom Rippenbogen 13 cm nach abwärts. Der Tumor, die Gallenblase tritt sofort in die Laparotomiewunde und ist bis auf die Insertionsstelle an der Leber frei beweglich. Stumpfe Loslösung des Tumors von der unteren Leberfläche, wobei der vordere Leberrand, der fibrös derb entartet, sich eine Strecke weit auf die Gallenblase erstreckt, Schwierigkeiten und das Messer nöthig macht. 10 Katgutligaturen. Nun hängt der Tumor (50 cm breit und 20 cm lang) nur noch durch den Ductus cysticus mit der Leber zusammen; am Übergang der Gallenblase in denselben ein kirschgroßer Knoten; Ductus choledochus frei. Incision der Gallenblase extraperitoneal; Entleerung von 145 ccm einer weißlichen klebrigen Flüssigkeit und zweier Cholestearinsteine, ein dritter im Ductus cysticus befindlich, kann von der Incisionswunde aus nicht entfernt werden. Daher centralwärts von demselben Ligatur des Ductus cysticus mit starkem Seidenfaden; Abtragung der Gallenblase oberhalb der Ligatur; Jodoform auf den Stiel; Versenkung desselben; Schluss der Bauchwunde. Operationsdauer $1^1/_2$ Stunde. Als Antisepticum diente eine $^1/_2{}^0/_{00}$ige Sublimatlösung.

Leichter Collaps unmittelbar nach der Operation; fieberfreier Verlauf (Maximaltemperatur 37,6); in den ersten Tagen mehrmaliges Erbrechen fast reiner Gallenmassen. Auffallend war während des Wundverlaufes eine Broncefärbung der Haut des Gesichts mit leichtem Ödem der Wangen und der Stirn, die nach einigen Tagen verschwand. Urin stets eiweißfrei. Primäre Heilung.

Die entleerte Gallenblasenflüssigkeit ergiebt: auf 100 ccm 98,805% Wasser,

[2] Er erwähnt dabei, dass von den vom Ref. gesammelten Fällen 8 Frauen während eklamptischer Anfälle starben.

1,195 g feste Bestandtheile, wovon 0,932 g mineralische, 0,172 Eiweiß. Keine Gallensäuren, kein Gallenfarbstoffe.

Aus den bereits veröffentlichten, nur kasuistisch angeschlossenen Fällen von Cholecystectomie geht hervor, dass die Operation 3mal wegen Hydrops der Gallenblase, 1mal wegen Empyem derselben und 6mal wegen chronischer Cholelithiasis ausgeführt wurde; 2 Fälle endeten letal.

Bei Hydrops und Empyem der Gallenblase giebt K. der Cholecystectomie entschieden den Vorzug vor der Cholecystotomie (Sims'sche Operation 1878), da die erstere nicht gefährlicher als die Incision und radikaler sei und keine Fisteln zurücklasse. Die Incision sei hier nur das sichere Verfahren für den Fall, dass bei morschem Gewebe durch das Abpräpariren die Wandungen der Blase leicht einreißen.

Aber auch bei nicht degenerirter Gallenblase vertritt Verf. die Exstirpation gegenüber der Incision, weil nach Entfernung des Entstehungsherdes der Gallensteine die Koliken prompt und dauernd beseitigt werden und nach Thierversuchen und Erfahrungen am Menschen der letztere ohne Gallenblase ungestört fortleben kann.

Bei Choledochusverschluss, der von Langenbuch als Kontraindikation für die Exstirpation angeführt wird, ist nach K. die einfache Incision darum nicht gerechtfertigt, weil nach derselben der Druck in der Gallenblase auf Null sinkt und das im Choledochus befindliche Hindernis erst recht nicht entfernt wird, während dies bei der Exstirpation und trotzdem gleichbleibenden Drucke in den gallenführenden Wegen doch noch der Fall sein kann. In solchen Fällen von unüberwindlichem Hindernis im Ductus choledochus trete die Winiwarter'sche Operation (Anlegung einer Gallenblasen-Darmfistel) in ihr volles Recht.

Auch bei Wunden der Gallenblase empfehle sich, die Exstirpation derselben der Naht vorzuziehen, weil durch Eigenkontraktionen der Blase die Naht gelockert wird und Galle fortwährend in die Abdominalhöhle treten kann.

**Menzel** (Görlitz).

### 14) Kocher (Bern). Resektion von 1 m 60 cm gangränösen Darmes mit Darmnaht.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1886. No. 5.)

Ein 57jähriger Arbeiter, der seit Jahren an einer rechtsseitigen Inguinalhernie leidet und ein Bruchband trägt, hatte dasselbe abgelegt. Als er arbeitete, trat der Bruch unter starken Schmerzen hervor und konnte weder vom Pat. selbst, noch von einem Arzte reponirt werden, so dass seine Aufnahme ins Spital nothwendig wurde. Hier fand man in der rechten Leistengegend eine kindskopfgroße, schräg-ovale Geschwulst, welche nach oben bis zum Nabel reichte, nach unten bloß bis zum Eingang ins Scrotum. Basisumfang der Geschwulst 52 cm. Dieselbe ist prall gespannt, ergiebt gedämpften Schall, bei stärkerer Perkussion an einzelnen Stellen metallisch-tympanitischen Ton. Operation 18 Stunden nach Beginn der Einklemmung. Nach Eröffnung des Bruchsackes entleerte sich ca. 1/4 Liter braunrothes, sehr übelriechendes Bruchwasser. Nach Spaltung des Bruchsackes stürzte ein gewaltiges Konvolut völlig blauschwarzer Dünndarmschlingen hervor von üblem Geruch. Die Darmenden wurden aus dem Leistenring hervorgezogen und zeigten deutlich Schnürfurchen. Mesenterium stark verdickt. Es bestand noch eine zweite Einschnürung, entsprechend dem hinteren Leistenring. Abspülung mit Sublimat (1‰). Das resecirte Darmstück war 1 m 60 cm lang, das Mesenterium war in einer Breite von 32 cm abgeschnitten. Heilung. Pat. hatte nach 3 Monaten nicht die geringsten Beschwerden. **Heilbrun** (Kassel).

### 15) Gustave Michael (Craiglockhart Poorhouse). Inversion.

(Edinb. med. journ. 1885. December.)

Verf. fand, ca. 2 Stunden nach der Geburt, eine IIpara im Zustande beginnenden Collapses, in Folge starker Blutungen. Geburt war spontan verlaufen, Placenta etwa 1 Stunde nachher angeblich ebenfalls spontan abgegangen. Bei der Geburt war keine Hebamme, sondern eine der Mutter befreundete Frau zugegen gewesen.

Es fand sich eine vollkommene Inversion der Gebärmutter, die weder Verf. noch 2 andere zugerufene Ärzte im Stande waren zu reponiren. Kurz nachher Exitus.

**Zeiss** (Erfurt).

16) **Robert Kirk** (Partick). Fall von Gesichtslage, Ruptur des Uterus, Tod von Mutter und Kind; letzteres verbildet durch spastische (?) Starre und Missbildung.

(Glasgow med. journ. 1885. December.)

Die 8 früheren Geburten der 36jährigen Frau waren stets ohne Kunsthilfe von statten gegangen. Die jetzige hatte bereits 2 Tage gedauert, als K. dieselbe im Zustande höchster, an Collaps grenzender Erschöpfung antraf. Das aufgetriebene, schmerzhafte Abdomen legte entweder innere Hämorrhagie oder Uterusruptur nahe. Desshalb wurde das im Beckenausgang, Kinn links hinter der Symphyse, in Gesichtslage sich vorstellende Kind möglichst rasch entbunden; — wie Verf. annehmen zu dürfen glaubt, schon todt vor Beginn der Operation. In der Scheide ließ sich nichts Abnormes nachweisen und wurde dann die Frau, mit Opium und Stimulantien, in scheinbar besserem Zustande verlassen. Noch am selben Abend trat indessen der Tod ein, wie Verf. an der in der Scheide liegenden Darmschlinge — weiter durfte sich die ihm gestattete Untersuchung angeblich nicht erstrecken — erkannte, an Uterusruptur. (Eine Stunde vor Ankunft des Verf.s zur Geburt war Ergotin verabreicht worden.)

Das Kind war sehr gut entwickelt, männlichen Geschlechts. Das an ihm Auffällige bestand in einer fast vollkommenen Muskelstarre und Fixirung des Körpers in einer sehr außergewöhnlichen Stellung. Letztere ist jetzt noch, nach monatelanger Spiritusbewahrung, recht deutlich ersichtlich und nur mit einiger Kraft kann man die einzelnen Glieder ihrer normalen Lage nähern. Der dolichocephale, große Kopf in extremer Extension, lässt sich mit einiger Kraft etwas beugen. Die oberen Extremitäten gestatten eben so an Schulter und Ellbogen einige Bewegungen; Hände stehen ziemlich unbeweglich nach außen gedreht. Rumpf stark seitlich zusammengedrückt, Konvexität nach hinten und links; obere Hälfte nach hinten, untere etwas nach vorn rotirt. Noch jetzt lässt sich diese Stellung nur mit gewisser Gewalt ändern. Das linke Bein, etwas beweglicher als das rechte, war im Knie nach vorn gebeugt, Fußsohle auf dem Abdomen aufstehend, Knie nach seitwärts und hinten gerichtet. Das rechte Bein überstark nach hinten flektirt, so dass die Sohle dieses Fußes auf den linken Nates festlag und sich kaum zollweit davon entfernen ließ.

Da noch keine Sektion vorgenommen ist, ist Verf. noch nicht im Stande, über den Zustand der Knie- und Hüftgelenke, oder über den der Synchondrosen am Kreuz- und Hüftbein Aufschlüsse zu geben.

Die Muskelstarre als Todtenstarre anzusehen, verbietet schon ihre unregelmäßige Vertheilung. In der Litteratur hat Verf. bis jetzt nur 2 dem vorliegenden ähnliche Fälle von persistirender Muskelstarre post mortem bei Neugeborenen auffinden können; an Erwachsenen ist nur bei Strychninvergiftung und Tod im Krampfanfall entfernt Ähnliches beobachtet.

Verf. glaubt, dass die Starre im vorliegenden Falle während der Geburt, kurz vor Eintritt des Todes, durch Asphyxie entstand und dass der Fall wohl mit dem Starrkrampf der Neugeborenen, dem so häufig asphyktische und frühgeborene Kinder verfallen, in Beziehung zu bringen sei. Sonderbar bleibt immer diese außergewöhnlich lange Dauer der Starre nach dem Tode. **Zeiss** (Erfurt).

17) **Bianchi.** Psychische Kur einer Hysterischen.

(Arch. ital. per le malat. nerv. etc. 1884. — Irrenfreund 1886. No. 1.)

Eine früher gesunde Frau erkrankte an gemüthlicher Depression und Unruhe. Sie zog sich von jeder Umgebung zurück und verweigerte gelegentlich jede Nahrungsaufnahme. Es traten Menstruationsanomalien, Ovarial- und Kopfschmerzen hinzu. Nach einem Jahre wurde die schwerste Hysterie erkannt; es traten 2mal am Tage klonische und tonische Krämpfe hinzu, die von Ovarial- und Kopfschmerzen begleitet waren. Bewusstsein ungetrübt, dagegen Gehörs- und Gesichts-

hallucinationen. Da jede Behandlung ohne Erfolg war, entschloss sich B. zu einer »moralischen Kur«. Er theilte der Pat. mit, dass, wenn die Krämpfe sich wiederholen sollten, er die Kauterisation beider Ovarien vornehmen müsse. Als der Zustand eintrat, wurde Pat. auf einen Tisch gelegt, ihr ein rothglühendes Eisen gezeigt und dasselbe, nachdem im Wasser abgekühlt, auf die Gegend der Ovarien gedrückt. Ein Verband wurde zum Schein angelegt. Seitdem ist Pat. vollkommen wieder hergestellt. **Heilbrun** (Kassel).

18) **Chenevière.** Ein Fall von puerperalem Erysipel.

(Revue méd. de la Suisse romande 1885. No. 4.)

C. theilt einen Fall von puerperalem Erysipel mit, bei dem die Erscheinungen der höchsten septischen Infektion — diphtheritische Geschwüre der Vagina, diphtheritische Endometritis — vorhanden waren und leicht eine Sepsis vortäuschen konnte. Nach längerer Dauer und nachdem das Erysipel fast den ganzen Körper ergriffen hatte, kam der Fall zur Genesung.

Verf. schließt sich ganz der Ansicht an, die Gusserow (Archiv f. Gynäkol. Bd. XXV) sowohl klinisch als experimentell vertreten hat, dass das Erysipel im Wochenbett eine von dem Puerperalfieber ganz verschiedene und unabhängige Infektionskrankheit sei. **Heilbrun** (Kassel).

19) **Dunster.** Ein neuer und einfacher Ovariotomietrokar.

(Illustrirte Monatsschrift der ärztl. Polytechnik 1886. No. 1.)

Metallkanüle mit seitlichem Ausflussrohr, innerhalb deren mittelste Koulissenführung die Punktionskanüle luftdicht vor- und zurückgeschoben wird. Leichte Zerlegbarkeit, leichte Desinfektion, Handhabung mit einer Hand und Billigkeit sind die Vorzüge. (Jetzt, wo man bei Ovariotomien die Cysten mit dem Messer ansticht, wenn möglich in Seitenlage, dürfte wohl auch der billigste Trokar überflüssig sein. Ref.) **Menzel** (Görlitz).

20) Speculum mit Glühlampe.

(Illustrirte Monatsschrift der ärztl. Polytechnik 1886. No. 1.)

Gewöhnliches, cylindrisches Vaginalspeculum aus Metall oder Ebonit, in dessen Lumen eine Glühlampe angebracht ist, welche von der Wand des Spiegels durch eine schlecht leitende Substanz getrennt wird, damit bei längerer Benutzung die Wärme der Lampe nicht störend wirkt. Auch zur Untersuchung der weiblichen und männlichen Harnröhre, wie des Rectums ist ebenfalls die Glühlampe an dem betreffenden Speculum angebracht. **Menzel** (Görlitz).

21) **Fischer** (Budapest). Beckenmesser, Drahtdreher, Doppelhaken.

(Centralblatt für chirurgische und orthopädische Mechanik 1886. No. 9.)

Es handelt sich um einen gewöhnlichen Collin'schen Beckenmesser, einen Bozeman'schen Twister und den gyniatrischen Doppelhaken; diese drei Instrumente sind in so fern modificirt, als sie in der Mitte ihrer Länge mit Charniergelenken versehen sind, um sie zusammenzulegen und bequemer im Taschenbesteck unterbringen zu können. Die Branchen des Beckenmessers werden beim Gebrauch mittels Federwirkung in ihrer gestreckten Lage erhalten. **Menzel** (Görlitz).

22) **Reverdin** (Genf). Pincette in Brenneisenform.

(Illustrirte Monatsschrift der ärztl. Polytechnik 1886. No. 5.)

Gewöhnliche, langbranchige Billroth'sche Unterbindungspincette mit einer cylindrischen und einer halbrinnenförmigen, zur Aufnahme der ersteren bestimmten Branche, dem Brenneisen der Haarkünstler nachgebildet. Ist bestimmt, größere Gewebsflächen, z. B. die breiten Uterusligamente, sicher zu fassen und zu halten, wenn dieselben schnell durchtrennt werden sollen und für provisorische Blutstillung zu sorgen. **Menzel** (Görlitz).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 41.** **Sonnabend, den 9. Oktober.** **1886.**




## I. Bericht über die Verhandlungen der gynäkologischen Sektion der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Berlin.


Von
**Dr. Zeiss in Erfurt.**


**Konstitution der Sektion am Nachmittag des 18. September in der Aula des Universitätsgebäudes unter dem Vorsitze der Herren Schröder und Gusserow; als Schriftführer fungiren die Herren Hofmeier und Winter.**

**Sitzung am Vormittag des 20. September; Vorsitzender Herr Prof. Hegar.**

A. Demonstrationen in der kgl. Frauenklinik.

Herr Kehrer (Heidelberg) demonstrirt eine Zwillingsnachgeburt mit einfachem Chorion und Amnion; die Nabelschnüre sind stark mit einander verschlungen und mit wahren Knoten versehen; ihre Insertionen sind auf 3 cm genähert. Beide Kinder lebten, wogen 1800 und 1900 g; beide stellten sich in 2. Schädellage; beim 2., das leicht asphyktisch geboren wurde, war der Arm vorgefallen. Außerdem bestand Hydramnios.

Herr Neugebauer (Warschau) demonstrirt a) ein seltenes Präparat von Foetus amorphus; die Einzelheiten der interessanten Beobachtung werden mit Abbildung demnächst publicirt werden;

b) das in seiner letzten Arbeit im Archiv für Gynäkologie beschriebene Präparat von Wirbelschiebung;

c) eine Wirbelsäule mit kongenital bilateraler Interartikularpseudarthrose des 3.—5. Lendenwirbels.

Herr Hofmeier (Berlin) demonstrirt eine Reihe von Tuben- und Tuboovarialpräparaten: 3 Fälle von Hydrosalpinx, 3 Fälle von Pyosalpinx, 1 Fall von Graviditas tubalis aus dem 2. Monat und 1 Fall von Gravidit. tubo-ovarica, bei welcher

das Kind zur Reife gediehen war. Die Fälle von Tubenerkrankungen bildeten bis faustgroße Tumoren, die meist in starken Adhäsionen eingelagert waren; alle genasen durch Operation, mit Ausnahme eines Falles, in welchem durch Platzen des Pyosalpinx stinkender Eiter in die Bauchhöhle entleert wurde, wonach Verjauchung und Exitus folgte. In einem anderen Falle, Oophoritis chronica (Präparat ebenfalls demonstrirt) mit hohem Fieber und heftigen Schmerzen erzielte die Operation vollkommene Genesung.

Ferner 4 Uteri von am 2. Tage post partum gestorbenen Eklamptischen; sie waren herausgenommen und die Gefäße injicirt worden. Aus den Präparaten ist ersichtlich, wie die Art. uterinae, nach Abgabe eines ganz konstanten, zum oberen Scheidengewölbe herantretenden Astes, fast ganz unverästelt an den Seitenrändern der Gebärmutter heraufsteigen; erst oberhalb des Kontraktionsringes dringen wieder größere Zweige in die Masse des Uterus ein. Dasselbe Verhalten zeigt ein Präparat von Placenta praevia am Ende der Schwangerschaft. In Moribunda war das bereits abgestorbene Kind kombinirt gewendet worden, ohne anschließende Extraktion. Uterus sammt Kind wurde dann herausgenommen, injicirt und gehärtet, der Durchschnitt zeigt in klarer Weise die Verhältnisse des Cervix, des inneren Muttermundes etc. nach der von Hofmeier vertretenen Ansicht.

Herr Czempin (Berlin): Die Präparate zweier Extra-uterin-Graviditäten; sie entstammen der Martin'schen Klinik. Im ersten Falle lag hinter dem etwa die Größe des 4. Monats erreichenden Uterus ein prall-elastischer, über kindskopfgroßer Tumor, der mit dem Uterus und Beckenboden verwachsen war und für einen Ovarientumor angesehen wurde. Da bei den starren Verwachsungen der Tumor mit Sicherheit später ein Geburtshindernis setzen musste, wurde derselbe durch die Laparotomie entfernt. Dabei barst derselbe und entleerte einen Fötus und Placenta. Die noch vorzunehmende genauere Untersuchung des Präparates hat noch zu eruiren, ob es sich, wie wahrscheinlich, um eine Tubenschwangerschaft handelte. Als zweiten Fall ein 12 Jahre getragenes Lithopädion, frei in der Bauchhöhle liegend. Es entstammt wahrscheinlich einer im 4. Monat geborstenen Tubenschwangerschaft. Nach Austritt des Fötus aus dem Fruchtsack ist derselbe anscheinend bis zum Ende der Schwangerschaft von der Insertionsstelle des Eies aus ernährt worden.

Ferner legt Herr Czempin ein vor 4 Monaten von Martin exstirpirtes Cystosarcoma ovarii dextri vor; dasselbe ist kindskopfgroß; entstammt einer 37jährigen Nullipara und verursachte starke Hämorrhagien. Bis heute kein Recidiv.

Herr Orthmann (Berlin) demonstrirt die Präparate von 8 durch Martin ausgeführten Salpingotomien; 4mal wegen Salpingitis catarrhalis, 4mal wegen Pyosalpinx. Demonstrirt ferner an vorgelegten Zeichnungen von Längs- und Querschnitten durch beide Enden normaler Tuben das Verhalten der Schleimhautfalten.

Herr Veit (Berlin) a) ein einer Niere der Gestalt nach täuschend gleichendes Uterusmyom, dessen breiter, weicher Stiel eine Verwechslung noch näher legte;

b) ein über apfelgroßes Papillom der Blase, von einer 64jährigen Pat., welches bedrohliche Blutungen verursacht hatte. Die Diagnose wurde nach Dilatation der Urethra gestellt; die Exstirpation vermittels der Sectio alta bewerkstelligt, da die Enge der Scheide den sonst üblichen Weg verbot. Die Operation war, trotz erheblicher Dicke der Bauchdecken eine verhältnismäßig leichte; Peritoneum wurde nicht getroffen, man gelangte leicht zum Stiele der Geschwulst.

Herr Winter (Berlin) a) den Uterus von einer (Eklampsie) an der Todten vor Eintritt der Wehen gemachten Sectio caesarea; Cervix in ganzer Länge erhalten, 4,3 cm lang; Eihäute bis zum inneren Muttermund adhärent.

b) Uterus nach Sectio caesarea in mortua (Eklampsie); im 7. Monat schon Wehen vorhanden gewesen; unteres Uterussegment verdünnt, Kontraktionsring an der Ansatzstelle des Peritoneums gebildet. Cervix hinten verstrichen, vorn schon stark verkürzt.

c) 4 Placenten mit Blutergüssen und vorzeitiger Ablösung bei Nephritis; die Nephritis war nur einmal interstitiell, in den 3 anderen Fällen sog. Schwangerschaftsnephritis.

Herr **Stratz** (Berlin) zeigt die Originale der von **Schröder** und ihm früher veröffentlichten Gefrierschnitte durch eine Kreißende und eine Wöchnerin, und einen weiteren Gefrierschnitt durch eine Wöchnerin.

B. Sitzung in der Aula der Universität, 11 Uhr Vormittags, unter dem Vorsitze des Herrn **Hegar**.

Herr **Olshausen**: Über ventrale Operationen bei Lageanomalien.

Redner glaubt für einzelne, allerdings auch ihm nur selten geeignet erscheinende Fälle, wo voraussichtlich auch nach Entfernung von Tumoren die durch sie früher gesetzte oder anderweitig früher entstandene Verlagerung des Uterus weiter bestehen und zur Quelle lästiger Beschwerden werden dürfte, die ventrale Fixation des Uterus, d. h. die Annähung der Cornua uteri an die Bauchdecken gelegentlich der Laparotomie versuchen und empfehlen zu dürfen; vielleicht auch in einzelnen, trostlosen Fällen von bloßen Lageanomalien als selbständigen Eingriff. Der Vortrag wird übrigens demnächst des Genaueren als selbständige Arbeit in diesem Blatte veröffentlicht werden.

In der Diskussion bemerkt Herr **Frank** (Köln), dass er Herrn **Bardenheuer** (Köln) vor etwa 6 Jahren gelegentlich von Kastrationen mehrere derartige Operationen ausführen sah. Er hat damals aus bestimmten Gründen die Überzeugung gewonnen, dass die durch die Bauchdecken gezogenen Stümpfe, bestehend aus Tuben und Lig. rotunda, eingeheilt waren. Trotzdem haben sich dieselben später wieder gedehnt und den Uterus wieder nach hinten sinken lassen. Er empfiehlt für desparate Fälle von Lageveränderungen die Ausschälung des Uterus aus dem Peritoneum, Abtragung desselben und Übernähung des Stumpfes.

Herr **Hennig** (Leipzig) hat dagegen einen geheilten Fall in Erinnerung zu bringen (früher schon im Centralblatt für Gynäkologie veröffentlicht), wo er wegen heftiger Blutungen zunächst kastrirt hatte und dann gleichzeitig den stark vergrößerten, entzündeten Uterus nach etwas modificirter Koeberlé'scher Methode fixirte. Frau ist jetzt vollständig geheilt.

Herr **Kaltenbach** (Gießen) hält in den Fällen von fixirten Retroflexionen die die Adhärenzen bewirkende Peritonitis für ein wesentliches Moment; dieser aber liege eine gleichzeitige Erkrankung der Tuben und Ovarien zu Grunde. Diese letzteren müssten daher vor allen Dingen mit beseitigt werden. Hierauf beruhe auch wohl der günstige Effekt der von **Czerny** jüngst mitgetheilten Fälle, die nach einem, dem von **Olshausen** angegebenen, ähnlichen Verfahren operirt wurden; **Czerny** habe aber die Adnexe entfernt. Für seine Ansicht sei ihm ein eigener Fall bestärkend, wo die erkrankten Tuben und Ovarien entfernt, die fixirte Retroflexion aber belassen wurde und doch alle Beschwerden hiernach aufhörten.

(Fortsetzung folgt.)

---

# II. Über die beim Stillen der Frauen gültigen Indikationen.

Von

Dr. **Opitz** (Chemnitz).

Wenn man die Vorwürfe, welche in Anbetracht einer hochgradigen Kindersterblichkeit und einer langen Reihe schwerwiegender Frauenkrankheiten den Frauen von vielen Seiten her gemacht werden, eingehend verfolgt, so möchte man in der That versucht sein, zu glauben, dass die Frauen unseres Jahrzehntes sich verschworen haben, ihre Kinder nicht mehr an eigener Brust zu nähren, sondern nur den Ammen oder der Saugflasche zu überantworten. Bestritten soll nicht werden, dass verhältnismäßig die Zahl der Kinder, die an der Brust der eigenen Mutter genährt werden, in der Abnahme begriffen ist. Aus diesem Umstande indess die Anklage zu erheben, dass die Frauen nur aus Vergnügungssucht oder aus Bequemlichkeit, Pflichtvergessenheit, Sorge um körperliche Schönheit das Stillen ihrer Nachkommenschaft unterlassen, ist nicht eher gerechtfertigt, als bis

man sich von ärztlicher Seite hinreichende Gewissheit darüber schaffte, ob in den betreffenden Fällen die Fähigkeit zum Stillen auch wirklich vorhanden war. Ferner halte man bei Beurtheilung der Angelegenheit nicht ohne Weiteres den Standpunkt fest, als ob mit dem Anlegen an die mütterliche Brust auch die Wohlfahrt des Kindes gewährleistet sei, denn der Satz, dass die mütterliche Brust naturgemäß die beste Nährquelle für den Neugeborenen sei, erleidet seine erheblichen Einschränkungen.

Man wird nicht in Abrede stellen wollen, dass der praktische Arzt in erster Linie berufen erscheint, zu entscheiden, ob mangelnder guter Wille oder Unvermögen der Mutter im Spiel ist, wenn dem Neugeborenen passende Nahrung von anderer Seite her zu beschaffen gesucht wird. Wer als Hausarzt sich hat in ungezählten Fällen überzeugen müssen, welche Opfer eine Mutter ihren Kindern zu bringen im Stande ist, der kann den so oft geäußerten Mahnrufen an die Frauen, ihre Pflicht zu thun, nur sehr getheilten Beifall schenken.

Das Bild, welches in ziemlich gleichförmiger Weise dem praktischen Arzte nach der Entbindung der Frauen sich bietet, lässt im Allgemeinen sich dahin zusammenfassen, dass die jungen Mütter den besten Willen haben, ihr Kind zu stillen, dass aber nur einem Theil von ihnen das Glück beschieden ist, demselben zureichende Nahrung aus eigener Brust zu bieten. In diesem Fall wird, bei guter Esslust und Wohlbefinden der Mutter, das Kind ungefähr aller zwei Stunden die eine, dann die andere Brust austrinken, in der zweiten Lebenswoche täglich ungefähr 1 Dutzend Windeln nässen, 2—3 mußige, hochgelbe Ausleerungen haben, zunächst 20 g ungefähr täglich an Gewicht zunehmen. Dass dem Kind die gut milchende Brust versagt würde — und was hier zu Lande gilt, wird anderswo auch so sein — gehört zu den ganz seltenen Ausnahmen, und ist dann fast nur durch den Broterwerb bedingt.

Häufig dagegen kommt es vor, dass der mit undeutlich erkennbaren Milchsträngen versehenen, trotzdem mitunter wohlgerundeten Brust nur wenige Tropfen Milch entquellen, die dem saugenden Kind die gewünschte Nahrung zu bieten nicht im Stande ist, wesshalb dasselbe alsbald absteht, seine unbelohnten Saugbewegungen an der mütterlichen Brust fortzusetzen.

In einer Anzahl von etwas günstiger verlaufenden Fällen ist das Sekret der Brustdrüse so weit zureichend, dass das Kind einige Wochen hindurch sich nothdürftig davon nährt. Indess die sparsame Zahl von Wasserwindeln, die häufigere Entleerung eines gelbgrünen bis rein grünen, mit rotzigem Schleim durchmengten, Kothes, so wie der unruhige Schlaf und die spärliche Gewichtszunahme des Kindes weisen darauf hin, dass die mütterliche Milch weder in gewünschter Menge, noch in gewünschter Güte vorhanden ist. Diesen mangelhaft stillenden Müttern reiht sich ein gut Theil der Entbundenen an, die geschäftsmäßig als Ammen versendet werden. Jeder Hausarzt kennt die Pein, welche er durchzumachen hat, wenn er für ein dem Marasmus verfallendes Kind mehr als ein halbes Dutzend weiblicher Individuen nach einander zu untersuchen und auf ihre Stillfähigkeit zu prüfen hat, ehe er eine Amme in der eigentlichen Bedeutung des Wortes findet. Bleibt bei sparsamer Milchsekretion das Befinden der Stillenden ein leidliches, so gelingt es nicht selten mit Kuhmilch derart nachzuhelfen, dass diese abwechselnd neben der Brust mit Erfolg gereicht wird. Indem dadurch die letztere entlastet wird, scheint sie in manchen Fällen eine dem Kind vortheilhaftere Milch abzusondern, denn man kann beobachten, dass fortan Ausleerung und Gewichtszunahme des Kindes sich günstiger gestalten. Aber die Versuche der Mütter, ihrem Kinde die Brust zu reichen, gehen nicht immer nur auf die Erkenntnis hinaus, dass nicht genug oder nicht zweckmäßige Milch abgesondert werde. Besonders bei Erstgebärenden, auch wenn bei ihnen die Entbindung und die zunächst folgenden Tage völlig normal verliefen, tritt mitunter, nachdem das Kind einige Male an die Brust gelegt worden war, mit oder ohne Schüttelfrost eine beunruhigende hohe, zu keiner Tageszeit deutliche Remissionen zeigende, Temperatur von 39—41° C. ein, nebenbei Erscheinungen, wie sie bei Sepsis oder beginnendem schweren Typhus vorkommen. Mit gerötheten Wangen in Schweiß gebadet liegen

die Wöchnerinnen theilnahmlos im Bett. Puls 120—140. Sie trinken bei trockner sitternder Zunge auf Verlangen, versagen aber im Übrigen die Annahme zweckmäßiger Nahrung. Weitere Regelwidrigkeiten vermag die Untersuchung nicht nachzuweisen, weder in der Brustdrüse noch im Genitalrohr, noch in dessen Anhängen; nicht einmal Schmerzhaftigkeit wird bei der allgemeinen Benommenheit des Sinnes geklagt. Diesen akut auftretenden Fällen schließen sich milder verlaufende an, bei welchen zwar auch Pulsfreqenz und Temperatur erhöht sind, aber doch die an eine schwere Konsumptionskrankheit erinnernden Erscheinungen in den Hintergrund treten. Die Frauen verlassen das Bett, doch bleiben sie schlaff, schreckhaft; gewöhnliche Sinneseindrücke werden als Schmerz empfunden, die Neigung zu weinen, eine tiefe Verstimmung, ein unbegründetes Angstgefühl bemächtigt sich ihrer. Die Sehnsucht nach Speise und Trank, im Gegensatz zu den an den Körper der Stillenden gestellten Ansprüchen, nimmt von Tag zu Tag ab. Zunächst werden noch Speisen von besonders anregendem Geschmack bevorzugt, alsbald folgt ein ausgesprochener Widerwille gerade gegen die zur Ernährung anerkannt zweckmäßigsten Nahrungsmittel. Mit der fortgesetzten Enthaltung von Speisen scheinen die Frauen bei weiterem Darreichen der Brust ganz anders geartet zu werden. Vorher heiter, in ihrer Lebensstellung beglückt, werden sie missmuthig, ungehalten über ihre Umgebung. Es folgt Benommenheit des Kopfes, ein mit aufregenden Träumen durchsetzter, nicht erquickender Schlaf und man muss sogar beobachten, dass die Stillenden von ausgeprägten, fixen Ideen befallen werden, die mit der Wiederholung des Stillens nach einer folgenden Entbindung wiederholt auftreten, um nach mehrwöchentlichem Bestand, jedenfalls aber nicht eher zu weichen, als bis das Stillen endgültig aufgegeben worden war. Außerdem wölbt sich in der Regel der Unterleib wieder unter Erschlaffung der Bauchdecken hervor wie um Mitte der Schwangerschaft und wird in seiner Gesammtheit gegen Druck sehr empfindlich. Dem Gefühl von Völle schließen sich wehenartige Empfindungen an, die besonders mit dem erneuten Anlegen des Kindes an die Brust zur Geltung kommen. Auch der Wochenfluss verliert seinen normalen Charakter; er wird reichlicher und häufig mengt sich ihm frisches Blut bei. Uterus und Ovarialgegend werden gegen Druck hochgradig empfindlich.

Nicht minder stellt sich in der Brustdrüse eine Reihe regelwidriger Empfindungen ein, welche die stillenden Frauen bald auf Überfülle an Milch, bald auf die Ungeschicktheit der Kinder beim Trinken, bald auf ganz bedeutungslose Nebenumstände die Schuld zu schieben geneigt macht. Während aber die leistungsfähige Drüse nach vierstündiger Ruhe mit einer gewissen Schwere auf der hebenden Hand lastet, stark erfüllte Venen unter der Haut sich darstellen, in der Tiefe dicke Milchstränge der untersuchenden Hand sich bieten, hängt die leistungsunfähige Drüse leicht und schlaff herab und jeder erneute Saugversuch ruft erneuten Schmerz in Schultern, Rücken, Kreuzgegend hervor, dem sich Druckempfindlichkeit längs der ganzen Wirbelsäule zugesellt.

Die Milch einer mangelhaft absondernden von der einer regelrecht absondernden Drüse in Bezug auf Menge und Güte optisch und chemisch genügend zu untersuchen, ist zur Zeit nicht möglich. Das einzig sichere Reagens bleibt das saugende Kind. An der leistungsunfähigen Drüse hängt dasselbe unverhältnismäßig lange, eine halbe bis eine ganze Stunde, von Zeit zu Zeit leichte Saugbewegungen ausführend; überanstrengt vom erfolglosen Saugen schläft es zeitweise ein und pflegt zu erwachen, wenn es von der Brust entfernt wird. Während des Saugens sieht und hört man wenig von Schluckbewegungen, vermittels welcher die der Brust entnommene Milch in den Magen gelangen soll. Der geringen Nahrungszufuhr entspricht die geringe Menge des gelassenen Urins. Anstatt nach dem Trinken für einige Stunden in einen tiefen Schlaf zu verfallen, versinkt der Säugling in eine Art Halbschlaf, aus welchem er häufig aufschreckt. Dem Gesicht prägt sich ein schmerzlicher Zug auf; gierig wird, und wären es die eigenen Finger, an allen Gegenständen gesogen, die dem Mund erreichbar werden. Die grünlich verfärbten, schaumigen, mit käsigen Flocken und rotzigem Schleim durchsetzten, unter den Zeichen des Schmerzes häufig zur Ausleerung gelangenden Fäces nehmen

für die berührten Hautstellen eine geradezu ätzende Eigenschaft an und lassen mit Bestimmtheit darauf schließen, dass auch hier die chemische Zusammensetzung der Milch eine für das Kind ungünstige Beschaffenheit angenommen hat, obwohl deren alkalische Reaktion nie verloren geht. Zu dieser Annahme berechtigt auch der Umstand, dass die Kinder derartige Milch häufig verschmähen und dann, wie die Frauen sich auszudrücken pflegen, von der Brust fallen oder sich selbst abgewöhnen.

Was die Gegenwart von Kolostrumkörpern im Brustdrüsensekret betrifft, so sei daran erinnert, dass dieselben überall vorkommen, wo der Stoffwechsel in der Brustdrüse ein herabgesetzter ist. Dem entsprechend kommen sie in der Milch der Neugeborenen, der Schwangeren, der eben Entbundenen, selbst bei alten Frauen vor. Stellen sie sich bei Stillenden nach Abschluss der zweiten Woche, von der Entbindung an gerechnet, ein, so gestatten sie den Rückschluss auf träge, mangelhafte Sekretion der Drüse, begründet durch den geschilderten Reizzustand der Stillenden, durch örtliche entzündliche Vorgänge, lobuläre, retromammäre Entzündungen. Antemammäre Entzündungen, Rhagaden, ohne weitere Komplikation, erscheinen von geringerem Einfluss.

Die bei mangelhaft secernirender Brustdrüse sich einstellenden Erscheinungen können vorübergehende oder auch bleibende sein; bleibende wenigstens so lange, als sie fernerhin veranlasst wird, Milch abzugeben. Minder schwerwiegende Erscheinungen pflegen bei sonst normalen Verhältnissen sich für kürzere Zeit einzustellen, wenn kleinere vorübergehende Schädlichkeiten zur Einwirkung gelangen, jedoch wächst ihre Bedeutung, je früher im Wochenbett sie sich geltend machen. Es ist unzweifelhaft, dass Frauen während des Stillens ganz ähnlich wie während der Katamenien, der Schwangerschaft gegen einwirkende Schädlichkeiten, unliebsame Gemüthseindrücke sich weniger widerstandsfähig zeigen. Der Hausarzt weiß recht wohl, dass seine Hilfe alsbald begehrt wird, wenn die stillenden Frauen nach Verlassen des Wochenbettes mit frischen Kräften um Küche und Wirthschaft sich wieder kümmern. Nach ein bis zwei Tagen pflegen derartige Zwischenfälle ausgeglichen zu sein, auch leichte interkurrente Verdauungsstörungen, Erkältungszustände werden ohne erhebliche Rückwirkung leidlich vertragen, wenn in der Folge geeignete Schonung eingehalten wird.

Anders, wenn der geschilderte Reizzustand der Frauen allein bedingt ist durch die mangelhafte Sekretion der Mamma. Einer schweren Konsumptionskrankheit ähnelnd hört dieser Zustand nicht eher auf, als bis das Kind endgültig von der leidenden Brust abgelegt wird. Fortan tritt wieder Esslust, ruhiger Schlaf, Wohlbefinden, normale Temperatur ein. Durch eigene Erfahrung belehrt wissen auch manche Frauen, die zu wiederholten Malen stillten, mit anerkennenswerther Selbsterkenntnis die Zeit zu bestimmen, bis zu welcher sie ohne Schädigung ihrer selbst und des Kindes letzterem die Brust reichen dürfen.

Dass Reizzustände während des Stillens erheblich begünstigt werden durch gleichzeitig auftretende krankhafte Zustände muss selbstverständlich erscheinen. Was die viel gefürchteten Rhagaden der Brustwarze betrifft, so möchte allerdings die Behauptung aufrecht erhalten werden, dass sie bei normal funktionirender Drüse bedeutungslos, bei mangelhaft absondernder Drüse eine höchst unliebsame Beigabe sind. Die Rhagaden dringen mitunter so tief in das Corium ein, dass die Neugeborenen ihnen reichliches Blut entsaugen und letzteres in Klumpen geballt ausbrechen, ohne dass die Stillenden erhebliche Belästigung empfinden, kaum eine Ahnung haben, woher das Blut stammt. Kann dagegen die Brustdrüse den an sie gestellten Anforderungen nicht genügen, dann bieten die Rhagaden die Quelle der entsetzlichsten Schmerzen für die Stillenden.

Verletzungen im Genitalrohr, selbst hochgradiger Art, stellen nicht immer das Stillen in Frage, wenigstens so lange, als die örtliche Reaktion eine beschränkte bleibt. Unbedingt ungünstig wirken entzündliche Vorgänge im Uterus und dessen Umgebung, schwere Allgemeinerkrankungen, Sepsis, Carcinose, Tuberkulose, Nephritis etc. ein.

Fasst man nun die charakteristischen Erscheinungen des durch mangelhafte

Thätigkeit der Frauenbrust veranlassten Reizzustandes zusammen, eines Zustandes, der bei Mangel anatomischer Unterlage als eine Neurose aufzufassen ist, und sich ungezwungen an die sog. Spinalirritation als »Irritatio spinalis lactantium« anlehnt, so stellt sich ein Krankheitsbild dar, welches der vollsten Würdigung von Seiten der Ärzte werth ist.

Was das ätiologische Moment betrifft, so ist es gewiss sehr bedauerlich, dass bei den Frauen das Unvermögen, ihre Kinder zu stillen, und der hierbei begleitende Reizzustand so häufig vorkommt, aber die Schuld, wie vielseitig geschehen, bald nur auf den Mangel an guten Willen, bald auf eine verweichlichende Erziehung, auf mangelhafte körperliche Bewegung, aufreibende Vergnügungen, unzweckmäßige Kleidung, enges Beisammenwohnen in den großen Städten, Überanstrengung durch Schule und Fabrik, mangelhafte Ernährung, sogar auf das Impfen zu werfen, diese Behauptung entbehrt zur Zeit völlig der Begründung.

Zugegeben, dass Alles, was die körperlichen Kräfte zu beeinträchtigen im Stande ist, auch die Leistungsfähigkeit der weiblichen Brustdrüse herabzusetzen vermag, so ist doch auch nicht zu übersehen, dass bei bester sonstiger Körperkraft und Ernährung, bei einer Körperpflege, wie sie nur die glänzendste Lebensstellung bietet, sehr oft die Frauen bei allem guten Willen nicht stillen können, während andere Frauen, die als Mädchen hochgradig chlorotisch oder anämisch waren, Frauen in ungünstigen Lebensbedingungen, dem Zwange ausgesetzt, im Schweiße ihres Angesichts ein kärgliches Brot zu verdienen, ihrem Kinde an der Brust eine kaum versiegende Quelle bester Nahrung zu bieten in der glücklichen Lage sind. Vergleicht man jene hausirenden Weiber, die, von früh bis zum Abend einen schweren Korb von Ort zu Ort tragend, mächtig heranwachsende Kinder bei dürftiger Nahrung bis in das zweite Lebensjahr säugen, mit den Frauen, die, als Kinder zweckmäßig gekleidet und bestens ernährt, den Winter in wohlgelüfteten Räumen, den Sommer auf dem Lande zubrachten, für deren körperliches Wohl mit eifersüchtiger Strenge gewacht wurde, denen trotzdem es versagt blieb, das eigene Kind an eigener Brust zu nähren, so muss man doch zögern, einzelnen krankhaften Auswüchsen des jetzigen Kulturlebens, die früher auch nicht gefehlt haben, so weittragende Vorwürfe zu machen. Und wie wäre es bei der Wahrheit der Behauptung zu erklären, dass von den Töchtern derselben Eltern, zu gleicher Zeit nach denselben Grundsätzen erzogen, ernährt und behütet, unter gleich günstigen Verhältnissen verheirathet, die eine ihre Kinder nicht, die andere vorzüglich stillen kann.

Was demnach die prophylaktischen Maßregeln betrifft, die einzuhalten wären, um das weibliche Geschlecht stillfähig heranwachsen zu lassen, so kann wohl die ärztliche Thätigkeit bloß dahin gerichtet sein, im Allgemeinen dessen körperliche Kräftigung möglichst zu unterstützen. Wäre der Arzt im Stande bei einem Zustand, der als Neurose aufzufassen ist, auf das Nervenleben der Frauen einzuwirken, könnte er aus leicht erregbaren Naturen, aus solchen, die geistigen und gesellschaftlichen Anforderungen genügen müssen, ruhige, schlichte Hausmütterchen formen, so würde er wahrscheinlich manchem Kinde eine volle mütterliche Brust beschaffen können. Dass übrigens die Größe der Drüse beim Säugen nicht ausschlaggebend ist, erhellt daraus, dass junonisch gebaute Frauen mit massig entwickelter Brust oft nicht zu stillen vermögen, während zarte Frauen mit kaum faustgroßer Drüse mitunter die besten Stillmütter abgeben. Hat nach genannten Richtungen hin die ärztliche Thätigkeit keinen dankenswerthen Erfolg zu erwarten, so fällt ihr um so dringender die Aufgabe zu, nach anderer Seite hin für die Frauen nutzbringend einzugreifen und zunächst während der Schwangerschaft der geeigneten Pflege der Brustwarzen, nach der Entbindung der Ernährungsfrage vollste Aufmerksamkeit zu schenken. In letzterer Beziehung scheint noch von vielen Seiten gesündigt und die Lehre der Physiologie über rationelle Ernährung missachtet zu werden. Wenn unzweifelhaft feststeht, dass eine bestimmte Menge von Eiweiß, Fett und Kohlehydraten in den menschlichen Körper gelangen muss, um ihn unter gewöhnlichen Umständen leistungsfähig zu erhalten und ihm bei außerordentlichem Kraftaufwand, wie er bei dem Stillgeschäft stattfindet, ein erhöhtes Nah-

rungsquantum gebührt, so wäre es dringend zu wünschen, dass die mythische Anzahl von Semmelsuppen, die dem zu fürchtenden Milchandrang entgegentreten sollen, in Vergessenheit gerathe. In Anbetracht, dass Milchüberfluss eine Seltenheit ist gegenüber dem Milchmangel, erscheint es unabweisbar geboten, von dem Augenblick an, wo das Kind zu trinken beginnt, der Säugenden reichliche Nahrung zu geben, die mit Rücksicht auf die Verhältnisse eine leicht verdauliche, anfänglich am besten eine flüssige sein mag. Der Ess- und Trinklust der Frauen entgegenzutreten, erscheint geradezu als Fehler. Dieselbe ist in Bezug auf das Stillen als eine im günstigsten Sinne zu deutende Erscheinung aufzufassen, und es ist zu empfehlen, sie durch regelmäßige, öfters wiederholte Gewährung nahrhafter Speisen und Getränke zu unterstützen, wobei man sich vor mäßigem Gebrauch von Genuss- und Reizmitteln gar nicht zu fürchten braucht.

Großer Werth ist darauf zu legen, dass die Brust nicht über die Verhältnisse hinaus angestrengt werde. Als warnendes Beispiel mögen jene Frauen dienen, welche neben dem eigenen Kinde des Erwerbes wegen noch ein zweites stillen und bei doppelt übernommenen Pflichten wie ein gehetztes Wild von Kind zu Kind eilen, ferner Ammen, welche, bis tief in das zweite Jahr hinein stillend, einem zweiten selbst dritten Kinde die Brust reichen. Sie verfallen meist nachträglich einem längeren Siechthum und verscherzen für kommende Zeiten ihre Stillfähigkeit. Aus gleichen Gründen ist es für Frauen gewagt, nach erfolgter Konception weiter zu stillen.

Lässt die Esslust der Stillenden nach, trübt sich deren Gemüthsstimmung hört der Stuhlgang des Säuglings auf gleichmäßig mußig und gelb zu sein, nimmt letzterer nicht mehr von Woche zu Woche an Gewicht zu, so liegt der Verdacht nahe, dass die Milchsekretion eine normale zu sein aufgehört hat. Ziemlich häufig gelingt es, hier dadurch günstig einzuwirken, dass man abwechselnd mit der Ernährung durch die Brust Kuhmilch oder andere ergänzende Nährmittel, nach Umständen seltener oder häufiger, dem Kinde bietet, wobei man den anscheinenden Widerspruch erlebt, dass mit den verringerten Anforderungen an die Brust Esslust und Wohlbefinden der Stillenden sich heben, Beweis genug, dass man es mit einer Überanstrengung der Brust zu thun hatte.

Treten dagegen die Erscheinungen des oben geschilderten Reizzustandes voll ein, so stellt sich die Prognose, was die Fortsetzung des Stillens betrifft, geradezu ungünstig und muss so gut wie stets, wenn nicht interkurrente leichtere Erkrankungen, sondern nur die Entnahme von Milch aus der Brust die Schuld trägt, abgewöhnt werden. Trotz Einhaltung größter Ruhe, trotz kräftiger Reizmittel, trotz Darreichung bester Nahrung, die durchgängig verschmäht wird, pflegt weder Erholung noch vermehrte Absonderung von Milch sich einzustellen. Blieb die Temperatur mehrere Tage über 39,0 und höher, so thut man gut, die Brust ganz außer Dienst zu stellen; sinkt sie auf 38,0 herab, so mag man, wenn die Brust gefüllt erscheint, das Kind unter Mitgebrauch weiterer Nahrung wieder anlegen, aber lasse von dem Beginnen ab, wenn nicht alsbald Gemüthsstimmung und Esslust zum Besseren sich gestalten.

Sind vorübergehende Komplikationen im Spiel, so hat die Therapie ein günstigeres Feld für ihre Thätigkeit vor sich. Erkältungen, Verdauungsstörungen, ungünstige Gemüthseindrücke, gelegentliche, ungewöhnte Anstrengungen können während des Stillens bei den Frauen vorübergehend hochgradige Reizzustände bedingen und die Thätigkeit der Drüse herabsetzen, aber Ruhe, Wärme, Darreichung leicht verdaulicher Nahrung, verminderter Anspruch an die nährende Brust lassen meist das Gleichgewicht in Bälde wieder herstellen. Wiederholen sich allerdings die, wenn auch geringgradigen, Schädlichkeiten, vergisst man, dass den dem Organismus zugemutheten Ausgaben entsprechende Einnahmen gegenüber gestellt werden müssen, so dürfte auch die best funktionirende Brustdrüse versagen.

Nur der Vollständigkeit wegen mag nicht unerwähnt bleiben, dass das Stillen bei Gegenwart schwerer Erkrankungen den Frauen unbedingt abzurathen ist und es räthselhaft erscheint, wie man tuberkulösen Müttern das Stillen ihrer Kinder zu empfehlen den Muth haben konnte. Bei Einhalten eines solchen Rathes dürfte

beiden Theilen wenig gedient sein. Dagegen stillen Frauen trotz Lungenemphysem mit chronischem Bronchialkatarrh mitunter, ohne sich zu schädigen, mit bestem Erfolg. Rücksichten auf das Kind lassen es wünschenswerth erscheinen, dass man bei Freiheit der Wahl Stillende mit ekelerregenden, ansteckenden Krankheiten — Psoriasis, Ekzeme, Stomatitis, Lupus etc. zurückweist.

Noch vergesse man Eines nicht bei Überwachung der Leiden, welche das Stillen der Frauen zu begleiten pflegen. Wenn die Frauen sich fürchten, das Kind an die schmerzende Brust zu legen, mit Zittern und Zagen den Augenblick nahen sehen, in welchem das Neugeborene die ihnen Mark und Bein durchziehenden Saugbewegungen beginnt, wenn die Herzschläge bis tief in das zweite Hundert steigen und das Thermometer auf erhöhte Temperatur weist, so verschone man die Leidenden mit Vorwürfen und Predigten über Mutterpflichten, man dringe nicht in sie, dem Kind die Brust zu reichen, so lange noch ein Tröpfchen Milch aus der schlaffen, aber wegen des vorhandenen Fettpolsters noch runden, sonst leeren Brustdrüse sich hervordrücken lässt. Man thut ihnen damit meist bitter Unrecht. Ausnahmen sind es in der That, wenn die Frauen nicht stillen wollen, ein sehr häufiges Vorkommen, dass sie nicht stillen können und nach dieser Wahrscheinlichkeitsrechnung wolle man Wort und That abmessen. Die Ermahnung gilt weniger gegenüber den Frauen bevorzugter Kreise, wo die Sorge um das unruhige, hungernde Kind die Klagen der Mütter nachdrücklich unterstützt und zur Heranziehung einer Amme den Ausschlag giebt, als für den Theil der Bevölkerung, wo man aus materiellen Gründen der Hilfe der fremden Brust entbehren muss, und die Mutter schließlich mit dem Muth der Verzweiflung den Säugling an die unergiebige Quelle legt und gequält durch des hungernden Kindes Geschrei, die Nahrung selbst verschmähend, hinsiecht. Die Ermahnung gilt auch in Anbetracht derer, welche durch die Umstände gezwungen sind, als Ammen ihren Unterhalt zu suchen. Ärgerliches Wesen, Eigensinn, Schlaffheit sind oft genug die unliebenswürdigen Eigenschaften der Miethlinge der genannten Art, aber zweifellos ist ein gut Theil der bei ihnen vorkommenden Unebenheiten auf die durch das Stillen hervorgerufenen Reizzustände zurückzuführen.

---

## 1) **Kummer.** Die Prognose der Geburt bei engem Becken.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. Hft. 2.)

Verf. hat das Material der kantonalen Berner Entbindungsanstalt von Mitte Oktober 1874 bis Ende des Jahres 1884 verwerthet; es sind 715 Geburten bei engem Becken; zu letzteren wurden alle Becken gerechnet, die eine Conj. vera von 10 cm und darunter besaßen, mit Ausnahme der osteomalakischen.

Mit großem Fleiß ist von K. obiges Material in den verschiedensten Richtungen tabellarisch geordnet und durch Kurven demonstrirt worden.

Kurz resumirt, kann auf Grund der Tabellen gesagt werden, dass die Prognose der Geburt bei engem Becken ungünstiger, als bei normalem, bei den späteren Geburten ungünstiger als bei der ersten Geburt, bei engem Becken bei der ersten, dritten etc. Geburt ungünstiger als bei der zweiten sich gestaltet, wo die Prognose der Geburt bei engem Becken am allergünstigsten lautet, weil hier der Widerstand der Weichtheile durch die erste Geburt schon gebrochen ist, die für die Geburt ungünstigen Genitalveränderungen, wie sie mehrfache Entbindungen bedingen, bei Zweitgebärenden noch nicht so stark wie später ausgebildet sind, auch der bei zunehmenden Ge-

burten wachsende Kindskopf bei der zweiten Niederkunft noch kein so wesentliches Hindernis bietet.

Die Mortalität der Kinder fand Verf. häufiger bei Erst- als bei Mehrgebärenden; bei den Müttern gestalten sich die Verhältnisse entgegengesetzt.

Operative Eingriffe wurden häufiger bei Mehr- als bei Erstgebärenden ausgeführt; nur beim Forceps übertrifft die Zahl der Erstgebärenden die der Mehrgebärenden. **Mensel** (Görlitz).

---

## 2) **Czempin.** Risse des Cervix uteri, ihre Folgen und operative Behandlung.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. Hft. 2.)

Verf. betrachtet nur solche Risse, bei denen das ganze Gewebe der Portio durchtrennt ist, Cervixrisse, und die bis in den Beckenboden hineinreichenden Cervixlaquearrisse.

Hinsichtlich der Ätiologie, findet er dieselben weniger in einem frühzeitigen operativen Eingreifen, vor der vollkommenen Eröffnung des Muttermundes, noch in rapidem Geburtsverlauf begründet, als vielmehr in der zu frühen Benutzung der Bauchpresse und dem frühzeitigen Wasserabgang, analog der Entstehung der Dammrisse; denn hier wie dort werden die mürben und aufs höchste gedehnten Gewebe, sei es des Cervix oder des Dammes, durch ein heftiges Mitpressen der Kreißenden auf das möglichste gefährdet. Auch der Wehendauer, so wie der Größe und Schwere des Kindes sind gewisse ätiologische Momente nicht abzusprechen.

Den Sitz der Cervixrisse betreffend, so waren unter den 287 poliklinischen, dem Verf. zur Benutzung stehenden Fällen 147 einseitig und zwar 57 links, 90 rechts; 131 doppelseitig, 3 multipel, 5 in der hinteren, 1 in der vorderen Lippe.

Entgegen der allgemeinen Annahme überwiegen hier also die rechtsseitigen über die linksseitigen.

Bei Besprechung der Symptomatologie tritt C. den übertriebenen Beschuldigungen Emmet's entgegen, indem er anführt, dass eine Menge derartiger Risse spontan post partum heilen, eine andere, nicht gerade geringe Gruppe vollkommen symptomlos verläuft. Eine Störung in dem Wohlbefinden der Frauen tritt meist erst dann ein, wenn in Folge von einfacher Narbenretraktion am Uterus selber oder in seiner unmittelbaren Nachbarschaft nervöse Erscheinungen hervorgerufen und unterhalten werden. Das von Roser eingehend beschriebene Ektropium ist keine Folgeerscheinung der bestehenden Kontinuitätstrennung des Cervix, sondern beruht einfach auf dem Zug der Scheidenwände an den dislacerirten Cervixabschnitten. Auch die pathologischen Schleimhautveränderungen des Uterus gelten nach C. nicht als direkte Folge der Risse, sondern stellen selbständige Affektionen (durch Gewebsnekrose, puerperale Infektion oder durch Einfluss eines endometritischen Virus bedingt) dar; ja betheiligt sich

an dem Cervikalkanal zugleich das Gewebe des Cervix mit, so kann durch Wucherung der submukösen Schicht eine Ektropiumbildung, besser nach Martin Eversion benannt, statthaben, ohne dass eine Cervixzerreißung besteht, was für die Selbständigkeit des Katarrhs bei gleichzeitigem Riss als Beweis angezogen wird.

Cervixlaquearrisse befanden sich unter den obigen 287 Fällen 68; die Einseitigkeit herrschte hier vor, 60 einseitig und nur 8 beiderseitig.

Abgesehen von den unmittelbaren Symptomen und Folgeerscheinungen dieser Verletzungen, wie schwere Infektion vom Riss aus, parametritische Exsudate oder im günstigsten Falle protrahirtes Puerperium sind dieselben für den Allgemeinzustand der Frauen von einschneidenderer Bedeutung. Atrophia der Portio an der Stelle der Läsion mit gleichzeitiger Lateroposition derselben und Fixation an der Beckenwand, so wie hauptsächlich die von Freund beschriebene Parametritis chronica atrophicans mit all ihren Folgeerscheinungen sind hier die hauptsächlichsten Befunde. Bei längerem Bestehen werden die Nervenapparate der Genitalien, so wie das gesammte Nervensystem betheiligt. Die Narbe im Parametrium bleibt so empfindlich, dass Gehbeschwerden, Schmerzen bei Defäkation, Kohabitation etc. sich einstellen. Dass natürlich dabei auch die physiologischen Funktionen des Uterus, Menstruation und Konception leiden, ist selbstverständlich.

Die Therapie hat die selbständige, die Cervixruptur komplicirende Schleimhauterkrankung, die Narbenbildung im Uterus und die Narbenverziehung an demselben als den Hauptpunkt in der Heilung anzusehen. Obwohl durch die vorbereitende Behandlung mit nachfolgender Operation bei Katarrh mit komplicirendem Riss Emmet günstige Resultate aufzuweisen hat, so zieht sich doch die Behandlung über Monate hin und bietet nicht selten sehr geringe Aussichten auf Erfolg. Verf. redet hier der Absetzung der Muttermundslippen nach Martin's oder Schröder's Vorgang, mit Excision oder Curettement der Schleimhaut als schnell zum Ziele führendem Eingriff außerordentlich das Wort. Für die Möglichkeit der Gravidität und normalen Geburt nach derartiger Operation werden Fälle als Beleg beigebracht.

Für die Narbenkonvolute im Uterus bietet die Emmet'sche Operation, mit Excision der Narben die besten Chancen.

Für die reine, nicht durch Exsudate komplicirte Narbenverziehung am Uterus und im Beckenboden hat Martin die Ablösung der Narbenmassen vom Cervix empfohlen. Die Portio wird nach der der Narbe entgegengesetzten Seite dislocirt, auf diese Weise die Narbenstränge gespannt und durch halbmondförmige Schnitte vom Cervix getrennt, analog der seitlichen Ablösung der Parametrien vom Uterus bei der Fritsch'schen Methode der Totalexstirpation; die Narbe im Parametrium kann nun allenfalls noch excidirt werden. Eben so kann sich am Uterus noch die Emmet'sche Operation oder die Amputatio portionis anschließen. Der Schluss der parametranen Wunde

**geschieht durch sagittale Nähte zu einer transversalen Narbe. Unter aseptischen Kautelen sind üble Folgen bei der Operation ausgeschlossen. Nach obiger Methode hat Martin bereits 21 Fälle mit gutem Erfolge operirt; mehrere derselben illustriren den Text.**

**Menzel** (Görlitz).

---

# Kasuistik.

3) **Moses Aronson.** Zur Ruptur, Vereiterung und Achsendrehung von Ovarialcysten.

Inaug.-Diss., Zürich, 1883.

Verf. bespricht die drei Vorkommnisse einzeln. Zuerst die Ruptur.

Die älteste Beobachtung geht auf Fabricius Hildanus zurück. Vom Beginn der 40er Jahre dieses Jahrhunderts werden die Beobachtungen häufiger. Seit Einbürgerung der Ovariotomie wieder seltener. Indem Verf. auf die Ätiologie übergeht, macht er auf die mangelhaften Angaben in der Litteratur nach dieser Richtung aufmerksam. Mehr referirend als beweisführend hält er als prädisponirende Momente für die Ruptur wichtig: Cysten mit dünner Wandung, mit zähem Inhalt, mit raschem Wachsthum. Multilokuläre Cysten mit dünner Wandung bersten eher als resistente einfächerige. Adhärente Cysten sind Traumen weniger geeignet auszuweichen. Verfettung, Verkalkung der Cystenwand, Blutungen in die Cyste sind als Ursachen der Ruptur erkannt worden. Als direkte Ursachen der Ruptur müssen angesehen werden: Dünnheit der Cystenwand durch ihre Ausdehnung 44 Fälle. Blutung in die Cyste 8 Fälle. Eiterung des Inhalts. Papilläre Exkrescensen 13 Fälle. Berstung durch Anlagerung bei Verwachsung 58 Fälle, bei diesen der Häufigkeit nach in Darm, Nabel, Rectum, Vagina, Blase, Bauchdecken. Ferner durch Anlagerung an den Beckenrand; Anlagerung an Uterusfibroide; Schwangerschaft 16 Fälle; Geburt, Wochenbett, Abortus. Als häufige Ursache gelten Traumen, 33 Fälle (Fall, Sturz, Schlag, Punktion, Exploration). Eine Symptomatologie für diese Krankheit aufzustellen ist unmöglich, da sie kein einheitliches Bild giebt, da sich die Ruptur von den prägnantesten Symptomen einer Perforativperitonitis und bedrohlichen Collaps bis zur leisesten Schmerzhaftigkeit und vollständiger Abwesenheit jeder subjektiven Störung vollziehen kann. Übelkeit, Erbrechen, große Schmerzhaftigkeit sieht man namentlich bei consecutiver Peritonitis, Schüttelfröste nur bei Ruptur ins Peritoneum. Den Puls fand man immer beschleunigt. Bei Berstung in Blase, Darm, Vagina, Rectum, nach außen ist die Folge klar. Collaps mit starkem Schweiß ist beobachtet. Bei Peritonealdurchbruch wird das Abdomen breiter, man hat den Befund einer freien Flüssigkeit im Abdomen, die Harnsekretion wird gesteigert. Der Verlauf und Ausgang ist, wie die 257 gesammelten Fälle zeigen, äußerst verschieden. Vollständige Heilung in 68 Fällen, meistens nach Durchbruch ins Peritoneum, dann Darm, Scheide, Blase, nach außen. Nach akutem oder subakutem Verlauf trat Tod ein in 64 Fällen bei weitaus am meisten ins Peritoneum 55mal. Besserung trat ein in 71 Fällen, d. h. Übergang in ein chronisches Stadium. Davon heilten vollständig nach mehrmaliger Ruptur 14 Fälle, endeten letal nach öfterer Ruptur 18 Fälle. 26 Fälle sind ungenau, 26 Fälle ovariotomirt, zusammen 257 Fälle. Das procentarische Verhältnis ist ohne Ovariotomie: Tod 41,13%, Heilung 37,6%, Besserung 21,21%. Ovariotomie: Tod 42,3%, Heilung 57,69%. In Bezug auf die Cystenflüssigkeit sind am günstigsten Cysten mit serösem Inhalt, am schlechtesten vereiterte und Dermoidcysten. Colloider Inhalt hält sich in der Mitte. Die Diagnose ist oft sehr schwer, wie sie auch sehr leicht sein kann. Vor Allem sind diejenigen Fälle für eine leichtere Erkenntnis geeigneter, wo man überhaupt weiß, dass eine Ovarialcyste bestanden hat. Anders in den Fällen, wo das Bestandenhaben einer Cyste nicht zur Kognition des Arztes kam und hier sind wiederum die Fälle die schwierigsten, die ins Peritoneum perforirten. Handelt es sich um plötzlich auf-

tretende Erscheinungen, so kommen differentiell in Betracht: Perimetritis, Parametritis, Haematocele retro-uterina, Ruptur bei extra-uteriner Gravidität. Berstung einer hämorrhagischen Cyste hat entgegen der Hämatocele einen schnellen letalen Verlauf. In den übrigen Fällen wird eine Probepunktion der freigewordenen Flüssigkeit und eine genaue Anamnese aufklären. Es kommen in Betracht alle Momente, die zu einer akuten Peritonitis in Beziehung stehen, Darmentzündung, Darmverschlüsse, Darmperforation etc. Auch hier ist die Anamnese von großer Wichtigkeit. Bei Rupturen mit latentem Verlauf ist eine Verwechselung möglich mit Krankheiten, die eine Exsudation oder Transsudation in die Bauchhöhle liefern: Lungenerkrankungen, Klappenfehler, chronische, idiopathische Peritonitis, Lebercirrhose, Nierencirrhose, Geschwülste verschiedener Abdominalorgane, die einen Erguss in dasselbe involviren: Tuberkulose, carcinomatöse Peritonitis, Netzgeschwülste, Geschwülste der Leber, der Nieren etc., endlich Ovarialgeschwülste mit ascitischem Erguss. Die diagnostischen Schwierigkeiten erreichen ihren Höhepunkt, wenn irgend welche Momente die Exklusion von Hydronephrosenruptur erheischen, zumal die größeren Cysten dieser Art immer wieder zu Verwechslung Anlass geben. Es folgen 4 Fälle von Cystenruptur aus der Klinik und Privatpraxis des Herrn Prof. Frankenhäuser. Drei betrafen Frauen im 24., 52. und 40. Lebensjahre, die sämmtlich zur Ovariotomie kamen, wo sich die gestellte Diagnose bestätigte. Heilung bei allen 3 Fällen. Die 4., eine 43jährige Person, sollte zur Ovariotomie kommen, als durch eine rasche Bewegung die Cyste intraabdominell platzte. Unter starker eiweißhaltiger Urinsekretion schwand die Schwellung des Abdomen und es trat Genesung ein.

Verf. geht auf die Vereiterung von Ovarialcysten über. Klebs machte zuerst darauf aufmerksam, dass Vereiterung von Ovarien, wenn diese Abscesse eine erhebliche Größe erreichen, immer von Cysten ausgingen. Verf. sammelt 118 Fälle aus der Litteratur, die jedoch wegen ungenauer Angaben nicht sämmtlich haben benutzt werden können. Ätiologie. Adhäsionen, die man früher als wichtiges ätiologisches Moment angesehen, bilden jedenfalls nur prädisponirende Momente. Eben so sieht Verf. in der Größe der Geschwülste keine wesentliche Ursache zur Vereiterung. Kleinere vereiterte Cysten werden eben häufig übersehen. Auch dem raschen Wachsthum von Cysten ist keine wesentliche Bedeutung zuzumessen, wie auch der längeren Dauer derselben. Dies sind sämmtlich nur prädisponirende Momente. Die Natur des Tumors ist in 65 Fällen notirt. 31 fallen auf Dermoide, 22 auf Colloidcysten, 3 auf Mischgeschwülste, 9 auf multilokuläre Cysten. Die Dermoide stehen also oben an und der Inhalt der Cysten bildet jedenfalls den Übergang von den prädisponirenden Momenten zu den direkten. Zu diesen gehören Traumen, vor Allem die Punktion (37 Fälle), Geburt (7 Fälle), Schwangerschaft (7 Fälle), Stieltorsion, gynäkologische Exploration, Wochenbett mit 10 Fällen Vereiterung und 3 Verjauchung. Immer muss eine Infektion, Übertragung eines Entzündungserregers, zur Vereiterung oder Verjauchung einer Cyste vorhanden sein. Eine Vereiterung von Ovarialcysten kann auch ohne die angeführten Momente, durch Aufnahme von Entzündungserregern (vom Darm, Wunden, Lunge, Uterusschleimhaut aus und sekundäre Vereiterung innerer Organe »Kocher«) zu Stande kommen. Dazu wäre nicht nöthig, dass zu einer spontanen Cystenvereiterung (Olshausen) eine Adhäsion der Cyste mit den Därmen gehörte. So weit die Erkenntnis reicht, äußert sich die akute Ovariencystenvereiterung und Verjauchung als Septikämie milderen Grades. Schmerzen fehlen selten ganz. Meistens sind sie die einer lokalen Peritonitis. Allgemeine Peritonitis folgte fast immer der Vereiterung mit nachfolgender Ruptur, Fieber muss nach dem Verf. immer vorhanden sein, obschon einige Fälle mit vollständig fieberlosem Verlauf beschrieben sind; es können ja die entzündlichen Erscheinungen der Beobachtung vorausgegangen sein. Es ist meistens eine Febris continua remittens mit außerordentlicher Labilität. Schüttelfröste sind in 7 Fällen notirt. In vielen Fällen weist Verf. eine grelle Inkongruenz der Pulsfrequenz mit der Temperaturhöhe nach. Es folgt dann die Besprechung nebensächlicher Symptome. Bei Verjauchung tritt Gasentwicklung im Tumor auf. Verlauf und Ausgang. Verf. trennt in spontan entstandene und

nicht spontan entstandene Vereiterung oder Jauchung. Zu den ersteren gehören nur 9 Fälle ohne Ruptur. Hier haben Ovariotomie und Punktion gute Resultate. Spontane Vereiterung oder Verjauchung mit Ruptur 25 Fälle, wovon 5 ins Peritoneum, mit letalem Ausgang. Die übrigen in Blase, Vagina, Darm und Bauchdecken mit 6 Heilungen, 4 Besserung, 10 nachträglichem Exitus letalis (eine nach Ovariotomie). Nicht spontane Fälle sind notirt ohne Ruptur 29 Fälle: Ovariotomie 18 Fälle (14 Genesung, 4 Todesfälle), Besserung 1 Fall, 10 Fälle endeten mit Tod ohne Eingriffe wegen der Vereiterung. Ursachen zur Vereiterung lieferte in den meisten Fällen (20) die Punktion, dann Schwangerschaft und Wochenbett (4 Fälle), Hämorrhagie (3 Fälle), Darmadhäsionen (2 Fälle). Nicht spontane Vereiterung oder Jauchung mit Ruptur 53 Fälle. Davon 20 Fälle bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, 17 Fälle nach Punktion, 5 Hämorrhagie, 4 Traumen, 7 bei Darmadhäsionen. Der Durchbruch erfolgte 12mal ins Peritoneum (10 Todesfälle, 1 ohne Abschluss, 1 Heilung durch Ovariotomie), 15mal in den Darm (8 Heilung, 7 Todesfälle), 4mal in die Blase (2 Heilung, 1 Tod, 1 Besserung), 11mal in die Vagina (8 Heilung, 3 Tod), 11mal durch die Bauchdecken (6 Heilung, 5 Tod). In Bezug auf die Diagnose bemerkt Verf., dass sie eben so leicht wie schwer sein kann, das Letztere ist namentlich der Fall, wo ein ätiologisches Moment fehlt. Der Verlauf bringt manches Charakteristische. Im Beginn ist Verwechslung mit Typhus möglich. Es folgen 3 Fälle von Cystenvereiterung aus der Beobachtung von Prof. Frankenhäuser. Der erste Fall schloss sich bei einer 35jährigen Frau an eine Punktion an. Tod an pyämischen Erscheinungen. Der zweite betraf eine 46jährige Frau, die mit Verjauchung einer Cyste nach Punktion außerhalb in die Klinik hereinkam. Durchbruch in die Vagina und Heilung. Dritter Fall: Eine 18jährige Person kam mit spontaner Cystenvereiterung in die Anstalt. Ovariotomie. Heilung.

Verf. geht zur Achsendrehung von Ovarialcysten über und sammelt 70 Fälle aus der Litteratur. Der erste Fall stammt von Hardy 1845. Rokitansky gab die ersten genauen Erklärungen darüber. Rotationen sind um 3 Achsen möglich, die senkrechte, horizontale und Tiefenachse mit je 2 Modi, zusammen 6 Richtungsmöglichkeiten für die Rotation. Rokitansky und Andere sehen den Modus als den häufigsten an, wo eine Drehung um die senkrechte Achse zu Stande kommt mit dem inneren Ende nach vorn, Klob dagegen um die Tiefenachse mit dem äußeren Ende nach unten. Nach dem Verf. liegt diese Verschiedenheit in der Beobachtung einfach darin, dass bei stattgehabten ganzen Drehungen die Möglichkeit einer Erklärung nach verschiedenen Rotationsrichtungen gegeben ist. Als prädisponirende Momente der Achsendrehung gelten: mittlere Größe der Cysten, glatte Oberfläche, langer Stiel, solide Tumoren, freier Ascites, Schwangerschaft, Peristaltik, rasche Körperbewegungen, Blasenüberfüllung. Von 41 Cysten, wo Angaben über die Größe gemacht wurden, fand Verf. nur 17 Cysten unterhalb Mannskopfgröße, 24 darüber. In Bezug auf die Konsistenz: unter 36 Fällen: unilokuläre Cysten 4, multilokuläre 14, Dermoidcysten 11, Fibroide 4, Sarkome 2, Cystocarcinom 1. Die anatomischen Folgen der Achsendrehung sind: bei Kompression der venösen Gefäße allein: venöse Hyperämie, Wachsthum, Hämorrhagien, sekundäre Entzündung, Ruptur. Sind die arteriellen Gefäße ebenfalls komprimirt: anämische Nekrose, Gangrän, Rückbildungsprocesse, Ruptur in Folge Gangrän, Trennung vom Stiel mit Schrumpfung oder Ernährung von Adhäsionen aus. Öfters hatte auch eine Achsendrehung bei Cysten eine gleichzeitige Darmverschließung zur Folge. Entsprechend den anatomischen Folgen sind die Symptome äußerst verschieden. Das Krankheitsbild kann sich durch die hinzutretende Achsendrehung heben wie verschlimmern. Es können die Symptome der Ruptur, wie der Cystenvereiterung auftreten, oder auch kann die Erkrankung nur eine rasche Vergrößerung des Leibes ohne schwere Symptome zur Folge haben. In Bezug auf Verlauf und Ausgang sind die Angaben gering, da die meisten Fälle erst bei der Ovariotomie entdeckt wurden. Nicht ovariotomirte Fälle von Stieltorsion 26. Davon 21 Todesfälle und 5 Heilungen. Ovariotomirte Fälle 36 mit 28 Heilungen und 6 Todesfällen. 12 Fälle Ausgang unbekannt. Die meisten Todesfälle fallen auf

Peritonitis und Hämorrhagien. Es folgen 2 Krankengeschichten von Prof. Frankenhäuser beobachteter Fälle von Achsendrehung. Ovariotomie. Heilung.

**Debrunner** (Heidelberg).

### 4) **J. Halliday Croom** (Edinburg). Zur Ätiologie des Haematoma vaginale inter partum.

(Edinb. med. journ. 1886. Mai.)

Verf. macht an der Hand dreier von ihm beobachteter Fälle auf ein neues Moment bei der Entstehung solcher Thromben aufmerksam.

Bei Hängebauch, mit starker Anteversion des schwangeren Uterus verbunden, wird die Scheide, namentlich deren hintere Wand (wo in der That die Hämatome meist ihren Sitz haben), oft enorm nach oben gespannt, die Gefäße, klappenlose variköse Venen, stark gedehnt, die Wandung stark verdünnt. Wird nun durch die bei solchen Umständen meist noch dazu protrahirte Wehenthätigkeit diese Spannung noch vermehrt, so tritt, wie Verf. eben beobachtete, schon während der Kopf noch über oder im Beckeneingang steht, eine Zerreißung der lang ausgezogenen, stark verdünnten Gefäßwände ein und der Thrombus bildet sich an einer Stelle, wo das eigentliche sog. Geburtstrauma, dem man bisher zu ausschließlich die Veranlassung der Gefäßrupturen zuschrieb, noch nicht eingewirkt hatte, d. h. unterhalb des Kopfes.

In einem der Fälle verlief die Geburt nach Anlegung von Bauchbinde und Ergotin spontan; der zweite wurde durch Wendung und Extraktion, der dritte durch Zange beendet. Beim ersten und dritten erfolgte Ruptur der Geschwulst; in allen 3 Heilung. Alle 3 hatten, wie bemerkt, Hängebauch, waren Multiparen; außergewöhnliche Entwicklung von Varicen scheint nicht beobachtet worden zu sein.

**Zeiss** (Erfurt).

### 5) **Chenevière.** Geburtshilfliche Mittheilungen.

(Revue de la Suisse romande 1886. No. 5.)

I. Placenta praevia.

Verf. theilt 10 Krankengeschichten von Pl. centr. et lat. mit; 2 Wöchnerinnen starben. Es schließt sich eine Besprechung der Behandlung der Pl. praevia an, Bezug nehmend auf die neueren einschlägigen Arbeiten auf diesem Gebiet von Jungbluth, Lomer etc. Ein näheres Eingehen müssen wir unterlassen, da wir die Arbeiten als bekannt voraussetzen.

II. Retention abgestorbener Früchte im Uterus.

26jährige IIpara wurde im 5. Monat der Schwangerschaft plötzlich von einer heftigen Blutung befallen. Dieselbe stand nach einiger Zeit, ohne dass es zur Austoßung der Frucht gekommen wäre. Die Bewegungen sistirten und der Umfang des Leibes blieb derselbe. Am Ende der Gravidität keine Zeichen der beginnenden Geburt. Abdomen leicht gewölbt, Uterus fest zwischen Nabel und Symphyse, keine Kindestheile per vaginam zu fühlen. Bald trat die Menstruation wieder ein. Um sich zu vergewissern, sondirte C. den Uterus, der 8—9 cm lang war. Es traten Wehen ein und eine macerirte Frucht wurde ausgestoßen. Sublimatirrigation; normales Wochenbett. Fötus war $16^1/_2$ cm lang.

33jährige Vpara; war $5^1/_2$ Monat gravid, man fühlte deutlich Kindestheile, aber es fehlten Bewegungen und Herztöne. Nach 2 Monaten hatte sich der Uterus wieder verkleinert. Da die Frucht bestimmt abgestorben war, so wurde die Sonde eingeführt. Bald darauf Wehenbeginn und Wasserabgang; nach 2 Tagen Ausstoßung einer 27 cm langen macerirten weiblichen Frucht. Placenta manuell gelöst, Uterus curettirt, Sublimatinjektion, normales Wochenbett.

34jährige IIpara bekam im 3. Monat der Schwangerschaft einen hystero-epileptischen Anfall, welcher seither fast immer zur Zeit der Menstruation eingetreten war. Nach Ablauf der Schwangerschaft konsultirte sie C. Nabelumfang 110 cm; überall Tympanie. Kindesbewegungen sollen fortwährend vorhanden sein. Uterus leicht vergrößert. Die Sonde brachte bloß einige Blutstropfen hervor. Darauf Abgang von Blut und am 3. Tage wurde ein taubeneigroßer Sack ausgestoßen.

In der Eihöhle wenig Flüssigkeit und eine $1^1/_2$ cm lange Frucht und Reste älteren blutigen Extravasats. Normales Wochenbett.

Verf. hat die Fälle aus dem Grunde mitgetheilt, weil Schröder behauptet, dass eine Retention der Frucht über den Termin der Schwangerschaft hinaus sehr selten sei.

**Heilbrun** (Kassel).

### 6) **Gayet** (Lyon). Mittheilung über einen Fall von Blennophthalmia neonatorum.

(Aus der Soc. nat. de méd. de Lyon. — Lyon méd. 1886. März 14.)

Der Vater hatte 5 Jahre vor der Verheirathung, 10 Jahre vor der Geburt des betreffenden Kindes einen Tripper gehabt; goutte militaire seitdem. Mutter nie an bemerkenswerthem Fluor gelitten; erstgeborene 2 Kinder nicht an den Augen erkrankt; das dritte, jetzt in Betracht kommende, in akutester Weise, am 2. Tage post partum. Im Conjunctivalsekret des Kindes, wie in den Lochien der Mutter massenhafte Gonokokken, ohne anderweitige Entzündungserscheinungen in der Scheide. Das rechte Auge heilte, nach energischer Kauterisation, in 3—4 Tagen; das linke, nachdem die Erkrankung mehrere Male vollkommen geheilt schien und dann wieder ausbrach, erst nach ca. 7 Wochen.

G. betrachtet diesen Fall als Typus einer Übertragung vom Vater auf die Mutter und von dieser auf das Kind. Die Recidive stellen wahrscheinlich neue Übertragung vor. Der Fall beweise überdies die verhängnisvolle Übertragbarkeit auch sehr alter Blennorrhoen.

Bezüglich der Therapie plaidirt G. für bloße, indifferente, aber recht gründliche Auswaschungen der Conjunctivalsäcke; Ätzungen mit Argentum sind unnöthig und wohl auch nicht unbedenklich. Das Mikroskop solle den Erfolg der Waschungen kontrolliren; freilich eine schwierige Sache, denn »ehe man nicht etwa 20 negative Befunde habe, könne man nicht behaupten, es sei kein Gonococcus mehr vorhanden«.

Überhaupt fällt in der Diskussion über diesen interessanten Fall auf, dass man nicht allerseits die richtigen Blennorrhoen von den einfach entzündlichen Erkrankungen trennt, ferner, dass bei Besprechung der Therapie mit keinem Worte der Prophylaxe gedacht wurde.

**Zeiss** (Erfurt).

### 7) **Lessynsky.** Leukorrhoe als Ursache einer Epidemie von blennorrhoischer Conjunctivitis in einer New Yorker Wohlthätigkeitsanstalt.

(New York med. journ. 1886. März 27. p. 352.)

In einer Wohlthätigkeitsanstalt waren 100 über 8 Jahre alte Mädchen und 112 Kinder beiderlei Geschlechts unter 8 Jahren untergebracht. Im Januar 1886 brach in dieser Anstalt eine epidemische Conjunctivitis aus, welche in einer großen Zahl rasch einen blennorrhoischen Charakter annahm. Es zeigte sich nun nicht allein, dass fast alle erkrankten Mädchen gleichzeitig an Leukorrhoe litten, sondern es konnte auch festgestellt werden, dass die ersten Erkrankten, ehe ihre Conjunctivae befallen wurden, an einer heftigen Vulvitis mit starker eitriger Absonderung und starkem Pruritus gelitten hatten, welche auf skrofulös-anämischer Basis entstanden sei. Bei den anderen Kindern lag dann Übertragung durch Waschschüsseln und Handtücher vor, bei den Mädchen unter Beihilfe der Selbstinfektion. Für Annahme eines specifischen Virus bot sich kein Anhalt.

**Lühe** (Demmin).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 42.** **Sonnabend, den 16. Oktober.** **1886.**




## Bericht über die Verhandlungen der gynäkologischen Sektion der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Berlin.

Von

**Dr. Zeiss in Erfurt.**

(Fortsetzung.)

Herr Schatz (Rostock): Über die Physiologie und physiologische Behandlung der Nachgeburtsperiode.

Die bisherigen Erklärungsweisen für die Lösung und Austreibung der Nachgeburt erklären immer noch nicht jeden hierbei beobachteten Modus; namentlich nicht jene Art der Austreibung, bei welcher der obere Rand der Nachgeburt zuerst geboren wird. Redner verlangt nach einer einheitlichen Erklärung, die für alle Fälle genüge, und sucht sie in der Schilderung des folgenden Austreibungsmechanismus zu geben.

Auch für die Nachgeburtsperiode giebt Redner die peristaltische Kontraktion des Uterus als Leitmotiv. »Zur Demonstration eignet sich am besten der Fall, wo die Placenta an der seitlichen Wand des Uterus ansitzt. Denn eine am Grunde des Uterus ansitzende Placenta muss allemal mit umgestülpten Eihäuten zum Vorschein kommen. Eine lateral sitzende Placenta wird nun normal in folgender Weise gelöst, wenn der Uterus kurz vor oder nach der Geburt des Kindes eine genügend kräftige und ergiebige Kontraktion ausführt. Die Kontraktion des

Uterus geschieht (wie Redner früher dargelegt hat) peristaltisch von oben nach unten in der Weise, dass z. B. die Akme der Kontraktion am inneren Muttermund eine halbe Minute später eintritt als am Grunde. Durch die Kontraktion des Uterusgrundes wird nun zuerst der obere Rand der Placenta durch Flächenreduktion losgelöst und da das Lumen des Uterusgrundes dabei zugleich sehr stark verkleinert wird, nach der nächst tieferen Uteruszone eingerollt. Zieht sich nunmehr diese Zone ebenfalls stark zusammen, so wird auch der an ihr befindliche Theil der Placenta gelöst und, da er nicht nach dem kontrahirten und verengten Uterusgrund ausweichen kann, zugleich mit dem schon eingerollten oberen Rand der Placenta tiefer getrieben. Auf diese Weise wird mit fortschreitender Peristaltik die ganze Placenta allmählich von oben nach unten ganz ähnlich eingerollt und mit dem ursprünglich oberen Rande zuerst geboren, wie der Geburtshelfer dies bei der künstlichen Placentarlösung ausführen soll. Natürlich ist es nicht immer genau der obere Rand der Placenta, welcher im Muttermund erscheint. Dieser muss die anhaftenden Eihäute nach sich ziehen und wird dadurch, wenn er einigermaßen dünn ist, mehr oder weniger zurückgehalten, so dass dann nur ein ihm naher Theil der fötalen Placentaroberfläche zuerst durch den Muttermund tritt. Bei solcher idealen, d. h. durch eine einzige Wehe erzeugten Loslösung und Ausstoßung der Placenta kommt gar keine Blutung zu Stande. Jeder erfahrene Geburtshelfer hat denn auch solche fast blutlose Geburten der Placenta erlebt. Blutungen erfolgen dadurch, dass die Natur sehr häufig mit einer Uteruskontraktion nicht zu Stande kommt, so dass in der betreffenden Wehenpause die Grenzstellen, besonders zwischen gelöster und noch adhärenter Placenta, vom Uterus aus Blut ergießen. Der sog. retroplacentare Bluterguss ist also mindestens überflüssig.« Seine Häufigkeit beruht auf der meist ungenügenden Kraft der ersten Wehen.

Der von Duncan beschriebene Mechanismus der Lösung und Austreibung der Nachgeburt betrifft, wie auch Duncan's Abbildungen erkennen lassen, hauptsächlich dicke, kompakte Placenten. »Wenn nämlich der obere Theil der Placenta so fest und dick ist, dass er bei der Loslösung aus dem verkleinerten Uterusgrund nicht durch Einrollung nach dem Uteruslumen gelangen kann, so wird er ohne Einrollung tiefer gedrängt und drängt die unter ihm liegenden tieferen Zonen der Placenta ebenfalls tiefer, so dass diese durch Verschiebung schon früher gelöst werden können, als es durch Flächenreduktion geschehen wäre.« Durch Verschiedenheit in der Ansatzstelle und Festigkeit der Placenta werden die zahlreichen Übergangsformen in diesem Mechanismus bedingt.

Zur Behandlung der Nachgeburtsperiode empfiehlt Redner mehr als bisher geschehen ein aufmerksames Studiren und Beobachten des im Einzelfall sich einleitenden Mechanismus, mehr Individualisirung und dann, je nachdem, ein ruhiges Abwarten, oder den Credé'schen Handgriff.

(Auch dieser Vortrag wird später als selbständige Arbeit veröffentlicht werden.)

In der Diskussion weist zunächst Herr Kehrer darauf hin, dass, bei dem Umstand, dass man sehr häufig schon unmittelbar nach Ausstoßung des Kindes die Placenta im Uterus gelöst vorfinde, ein Herbeiziehen peristaltischer Kontraktionen zur Erklärung des Lösungsmechanismus sich vielleicht doch nicht so streng nothwendig mache, als Schatz verlange.

Herr B. S. Schultze sieht nicht ein, wie durch den vom Redner vorgetragenen Nachgeburtsmechanismus die Thatsache zu erklären sei, dass normalerweise die Placenta am häufigsten mit der Eifläche voraus geboren wird. Der Hauptfaktor bei der Lösung der Placenta sei eben nicht die Nachwehe, sondern die dauernde Verkürzung des Uterus, die während der Austreibung des Kindes stattfindet.

Auch Herr Schröder meint, dass wir zur Erklärung des Nachgeburtsmechanismus die peristaltischen Kontraktionen des Uterus nicht nöthig haben. So erklärten sich höchstens nur seltene Fälle von Lösungs- und Austrittsmodus; »wie und an welcher Stelle zuerst die Placenta sich löst, hängt von verschiedenen Umständen ab, besonders von dem anatomischen Zusammenhang zwischen Uterus und Placenta und von den etwas wechselnden Kontraktionen des Uterus, die an der Insertionsstelle der Placenta gehindert sind.«

Herr **Rydygier** (Kulm): **Zur Operationstechnik in schwierigen Fällen von Blasenscheidenfisteln.**

Da Redner seine auf Grund von 21 Operationen gewonnenen Resultate demnächst genauer veröffentlichen wird, so sollen hier nur ganz kurz die Hauptsachen erwähnt sein. Er glaubt langdauernder Druck bei zögernder Geburt giebt häufiger das ätiologische Moment ab, als instrumentelle Insulte. Die, die Fisteln begleitende Sterilität beruht auf dem Vorhandensein der Fisteln als solcher, nicht auf consecutiven Veränderungen an der Gebärmutter. Er operirte nach Simon'scher Methode und zwar auch die schwierigsten Fälle mit sehr einfachem Instrumentarium. In einem besonders schwierigen Fall, wo er mit der Simon'schen Methode nicht zum Ziele kam, erreichte er durch Einnähen der, erst durch tiefe seitliche Incisionen beweglich gemachten, angefrischten, vorderen Muttermundslippe, und zwei kleineren Nachoperationen vollkommenen Verschluss. Ein zweiter Fall führte ihn durch die entgegentretenden außergewöhnlichen Schwierigkeiten auf den Gedanken (der aber nicht zur Ausführung gebracht wurde), große Fisteln mit einem künstlich gestielten, aus der hinteren Scheidenwand entnommenen breiten Lappen zu schließen.

Herr **E. Fränkel** (Breslau): **Über die Erfolge der mechanischen Behandlung der häufigsten Formen von Retrodeviation des Uterus.**

Ausgehend von der Diskussion, die sich an den Olshausen'schen Vortrag über Retroflexio uteri und an dessen Empfehlung des Thomas'schen Retroflexionspessars auf der Eisenacher Naturforscherversammlung 1882 anschloss, konstatirt der Vortr., dass damals nur noch Meinungsdifferenzen über die Zweckmäßigkeit der verschiedenen Arten von Vaginalpessarien (Intra-uterin-Pessarien wurden nur als ganz ausnahmsweise nöthig anerkannt) und über die Frage der definitiven Heilbarkeit der Retrodeviationen durch mechanische Behandlung bestanden. Löhlein, wie früher Mundé beantworteten diese Frage in sehr ungünstigem Sinne; Olshausen erklärte sich noch 1884, Mangels hinreichend großen Materials und genügend langer Beobachtungszeit für derartige, chronisch verlaufende Fälle, für inkompetent. Die 1884 von Neuem wieder aufgetauchte sog. Alexander-Adams'sche Radikaloperation ließ das Fehlen einer vergleichenden Statistik über die temporären und definitiven Heilerfolge der jetzt üblichen mechanischen, vaginalen Behandlung der Retrodeviationen fühlbar werden. Vortr. stellte, um diese Lücke auszufüllen, die von ihm vom 1. Oktober 1882 (Termin der Einführung der Thomaspessarien) bis Ende 1885 beobachteten rein gynäkologischen Fälle zusammen: In der Privatpraxis 3028, in der Poliklinik 2080, zusammen 5108 Fälle; darunter 936 Retrodeviationen (18,07%) und zwar 417 (13,8%) in der Privatpraxis, 519 (24,9%) in der Poliklinik. Unter diesen 936 waren 291 Versionen gegen 645 Retroflexionen. Der Vortr. erklärt dann aus den socialen Verhältnissen der poliklinischen Kranken die bei diesen fast doppelt so große Zahl der Retrodeviationen (24,9%) gegenüber der Privatpraxis (13,8%) und schließt daraus den Nachweis der Unbrauchbarkeit der poliklinischen Ziffern für die Entscheidung der dauernden Heilbarkeit. Zur Lösung dieser Frage benutzt Redner nur die Resultate der Privatpraxis (3028 Fälle mit 417 Retrodeviationen). Von diesen gehen 26 nur zufällig konstatirte, symptomlose, 58 irreponible, wo keine mechanische Behandlung möglich war, und 39 aus der Behandlung weggebliebene ab, so dass noch 294 Fälle (70,5%) bleiben, die orthopädisch behandelt wurden. Der Vortr. bespricht alsdann seine Untersuchungs- und Repositionsmethoden (bimanuell, eventuell Sonde, wenn nöthig [47mal] in Narkose) und die Art der verwendeten Pessare, fast ausschließlich Thomas'sche, von denen er in Privat- und Poliklinik bis heute über 600 gebraucht hat. Ihre Vorzüge sind, dass sie den einmal reponirten Uterus absolut sicher in Normallage erhalten; vermöge ihrer Sauberkeit $^1/_2$—1 Jahr, ohne Kolpitis zu erregen, getragen werden können; bei einiger Auswahl in Form, Biegung und Größe für den praktischen Arzt bequemer sind, als die von Vielen unzweckmäßig zurechtgebogenen Hodge'schen oder Schultze'schen Kupferdrahtgummipessare und endlich, gegenüber dem Schultze'schen Schlittenpessar, die Kohabitation und Konception ermöglichen; letztere bei 40 von 294 Frauen während der Pessarbehandlung, bei einzelnen 2—3mal.

Der Vortr. bespricht darauf den Einfluss der Retroflexio uteri und ihrer Folgezustände auf Sterilität und Impotentia gestandi; habitueller Abort durch Retroflexion ist nach Korrektur der falschen Lage und dauernder Retention durch ein gutes Pessar leicht zu heilen, dagegen ist die Prognose quoad conceptionem bei längerer absoluter Sterilität durch Retroflexio schlecht. Die Retroflexio uteri gravidi ist im Allgemeinen so lange exspektativ zu behandeln, als keine Stauungs- und Druckerscheinungen an Uterus und Nachbarorganen auftreten, da in der Mehrzahl der Fälle sich der gravide Uterus spontan, allmählich selbst reponirt. Geburt und Wochenbett heilen Retrodeviation, die vorher bestanden hat, fast nie. Schon vom 9.—10. Tage an lässt daher der Vortr., bei sonst normalem Wochenbett eine prophylaktische, mechanische Behandlung durch Einlegung großer Hodge's neben adstringirenden und desinficirenden kühlen Vaginalinjektionen eintreten. Unter diesen Vorbedingungen und unter selbstverständlicher Anwendung der durch den sonstigen Zustand der Kranken indicirten allgemeinen oder lokalen Mittel sah der Vortr. die von Fritsch geleugnete definitive Heilung durch Thomaspessare und zwar unter 294 mechanisch behandelten Fällen 24 sichere, dauernde, genügend oft und lange kontrollirte Heilungen; 23 davon waren ausschließlich mit Thomaspessaren, ein postpuerperaler mit Hodge geheilt; die mittlere Heilungszeit war 1 Jahr, die kürzeste, in 2 puerperalen Fällen, $2^1/_2$—3 Monate, die längste $2^1/_4$ Jahre.

Der Vortr. legt Gewicht darauf, dass nach Entfernung des Thomaspessars, wegen der durch dasselbe bewirkten Dehnung des hinteren Scheidengewölbes zunächst noch ca. $^1/_2$ Jahr lang ein Olshausen'sches Wiegenpessar und dann noch probeweise ein kleines Hodge'sches eben so lange getragen werde. Wenn diese kleineren Pessare, die vor Anwendung des Thomas'schen meist zur dauernden Retention sich unwirksam zeigten, nun definitiv den Uterus in Normallage halten, so könne man hoffen, dass nach ihrer gänzlichen Entfernung dieselbe auch andauern werde. Neue Schädlichkeiten könnten den Uterus natürlich wieder relabiren lassen. Die definitive Heilungsziffer durch Thomas sei also 8,1% und sie werde sich voraussichtlich bei längerer Beobachtung noch wesentlich heben, da 1884 und besonders 1885 für die meisten Fälle noch nicht abgeschlossen seien. Aber auch die temporären Erfolge durch Thomas seien sehr gute; Vortr. schildert einige diesbezügliche eklatante Erfolge.

Da jedoch jedes, auch das beste Pessar ein Übel an sich, wenn auch nach Marion Sims ein nothwendiges, sei, so erklärt sich Vortr. hieraus und aus der mangelnden Beherrschung der bimanuellen Technik seitens mancher Ärzte das Bestreben, auf operativem Wege, Radikalheilung der Retrodeviationen zu erreichen. Der Vortr. kritisirt kurz die älteren Vorschläge Sims', Richelot's, Löwenthal's und die neuesten v. Rabenau's und bespricht dann die sog. Alexander-Adams'sche Operation mit Alquié-Aran-Freund's Vorarbeiten. Er stellt 118 ihm zugängliche Fälle mit 3 Todesfällen aus der Litteratur zusammen, ca. $^1/_4$ wegen Prolaps, die übrigen wegen Retroversio flexio unternommen. Die Indikationen für die Operation seien noch schwankend; meist sei sie unternommen bei descendirtem, geschwollenen, sehr empfindlichen, eine Pessarbehandlung nicht vertragenden Ovarium. Der Vortr. schildert die Vorbedingungen, Komplikationen und Schwierigkeiten der Operation, die 14mal unter 118 ganz erfolglos blieb, während öfter auch noch nach der Operation dauernd ein Pessar getragen werden musste. Die Ursache der Misserfolge liegt nach Vortr. (übereinstimmend mit anderen [Winckel, Fritsch, Sänger) in der Nichtberücksichtigung der ätiologischen Momente der Retrodeviationen und Prolapse, die durch Verkürzung der Lig. rotunda nicht gehoben werden können. Blieben die letzteren nach der Operation noch etwas schlaff, so kehre durch die häufigen Volumsveränderungen der Blase und des Mastdarms bei gleichzeitig erschlafften Douglas'schen Falten, die Rückwärtslagerung bald wieder; würden sie zu stark angezogen und ausgiebig excidirt, so entstehe leicht eine pathologisch fixirte Anteversio flexio, die vielleicht schlimmer sei als das erste Übel. Auch ein descendirtes, empfindliches Ovarium sei kein Grund zur Alexander-Operation. Sei es reponibel, dann gehe es mit dem gut reponirten Uterus zurück und seine Empfindlichkeit schwinde bei Retention

des letzteren durch ein zweckmäßiges Pessar bald. Ein adhärentes, sehr schmerzhaftes, schwere Reflexsymptome nachweislich verursachendes Ovarium müsse durch Kastration entfernt und dann mit dem Stumpf zur gleichzeitigen Heilung der Retroflexio entweder nach Koeberlé-Schröder oder mit dem vorgeholten Uteruskörper nach dem so eben gehörten Vorschlage Olshausen's verfahren werden. Für die einzig mögliche Indikation zur Alexander-Adams'schen Operation hält er die Komplikation von großem Prolaps mit Retroflexion, resp. Cervixlaceration. Hier würde er eventuell zunächst den Uterus durch Anziehen der runden Bänder resp. Cervicoplastik in einer Sitzung und in einer folgenden die Kolpoperineorrhaphie machen, um späteres Einlegen eines Retroflexionspessars und Dehnung der durch die Prolapsoperation oben verengten Scheide zu vermeiden. Orig.-Ref.

Sitzung am 20. September, Nachmittags 2 Uhr.

Vorsitzender: Herr Prof. Olshausen.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Fränkel.

Herr Küstner (Jena) hat ebenfalls in seiner Privatpraxis Versuche angestellt, um betreffs der Brauchbarkeit der einzelnen Pessarformen, so wie der definitiven Heilung der Retrodeviationen zu verwerthbaren Resultaten zu kommen. Seine Beobachtungen erstrecken sich allerdings nicht auf einen so großen Zeitraum, wie die Fränkel's, und beschränken sich auf 50 Fälle mechanisch behandelter Retroflexionen. Er behandelte diese Kranken nach einander mit folgenden 4 Pessarformen: Der Schultze'schen 8er Form, dem Thomaspessar, dem Hodge'schen und dem Mayer'schen Ringe, und fand, »dass der Mayer'sche Ring in 14%, das Hodgepessar in 18%, die Schultze'sche 8 in 86%, das Thomas'sche Pessar dagegen in 92% der Fälle wirksam war. Er ist indessen der Meinung, dass, »wenn er sich die genügende Zeit genommen hätte«, für die Schultze'sche 8erform eine vielleicht noch günstigere Zahl hätte erreicht werden können, als für das Thomas'sche, da bei der Möglichkeit unbeschränkter Modifikation, welche das Schultze'sche den anderen, festen Pessaren gegenüber biete, gewiss dieses erstere sich in bei Weitem mehr Fällen bis zur Sufficienz umgestalten ließe, ohne desshalb doch etwas Anderes zu werden als eine 8.

Um definitive Heilung zu erzielen, müsse man indessen, wie Herr Fränkel das schon hervorgehoben habe, im Verlaufe der Behandlung eines Falles von den komplicirteren Pessaren (8er-Form und Thomaspessar) zu den einfacheren Formen herabgehen. Auch K. spricht sich über den Werth der Alexander-Adams'schen Operation ungünstig aus.

Herr Hofmeier ist der Ansicht, dass der Werth der Richtigstellung des Uterus an und für sich bei der Heilung der Symptome der Retroflexionen noch nicht über allen Zweifel erhaben ist. Nach Behandlung mit Hodgepessaren blieben häufig, obgleich der Uterus wieder rückwärts sank, doch die lästigen Symptome aus. Dies veranlasse ihn für die einfache Fixirung des Uterus, für die Verhinderung von Einklemmungen dieses Organs bei Beseitigung der Symptome mehr Einfluss zu vindiciren. Ein endgültiges Urtheil über die Berechtigung und Wirksamkeit der einzelnen Behandlungsarten, so wie über einen definitiven Heilerfolg lasse sich erst fällen, wenn über den Zusammenhang der sog. Hegar'schen Lendenmarksymptome mit den Retrodeviationen völlige Klarheit erlangt sei.

Herr Sänger erinnert an eine von ihm vor etwa 1½ Jahren (im Centralblatt für Gynäkologie) veröffentlichte Beobachtungsreihe von 200 Fällen, die ihn im Allgemeinen zu mit Fränkel's Ergebnis übereinstimmenden Resultaten geführt hätten. S. betont außerdem den Werth der prophylaktischen Behandlung; hier biete das Wochenbett, als der wichtigste Faktor in der Ätiologie der Lageveränderungen, den geeignetsten Zeit- und Angriffspunkt. Er untersuche alle von ihm entbundenen Frauen in der 2.—3. Woche und leite bei drohender oder schon eingetretener Retroflexion sofort die geeignete, eventuell Pessarbehandlung ein. Derartig entstandene Retroflexionen sah er oft in kürzester Zeit geheilt.

Herr Czerny (Heidelberg) berichtet über 2 Fälle von fixirtem, retroflektirten Uterus, bei welchen er wegen schwerer Retentio alvi et urinae die Annähung des

Uteruskörpers an die vordere Bauchwand mittels Chromkatgutnähten vornahm. Da nach Lösung der Pseudomembranen Tuben und Ovarien degenerirt erschienen, wurden dieselben ebenfalls entfernt. Die Harn- und Stuhlbeschwerden hörten nach der Operation auf.

Herr Veit (Berlin) hat gleichfalls bei Operation von Tubensäcken bestehende Retroflexionen aufgerichtet; allerdings mit, was die Lage angeht, mangelhaftem Erfolge. Die Heilung der Symptome sei das Resultat der gleichzeitig gemachten Kastration. Er sieht unter allen Pessaren Hodgepessare vor, die er nicht zu klein wähle und vorn sehr breit biege; er erziele damit noch bessere Resultate als Fränkel mit dem Thomaspessar, welchem er übrigens die Starrheit, die ein Individualisiren ausschließe, zum Vorwurf macht.

Herr Frank (Köln) möchte die Pessarien, als ein immerhin sehr lästiges Übel, durchaus durch irgend welche, noch zu findende operative Heilmethoden entbehrlich machen. Da die bisher angewendeten wegen ihrer Gefährlichkeit und Unsicherheit nicht zu empfehlen sind, macht er gegenwärtig darauf hinzielende neue Versuche, die seiner Zeit veröffentlicht werden sollen.

Herr Schwarz (Halle) sucht, während er zur Fixirung des Uterus nur kleine Pessarien von unkomplicirter Form anwendet, die Schlaffheit des Uterus selbst und seiner fibromuskulären Bandapparate, welche meist Grund des Scheiterns einer ausschließlich orthopädischen Behandlungsweise sei, durch Einspritzungen von Liquor ferri und adstringirende Ausspülungen zu heben; und erzielt mit dieser komplicirten Behandlungsmethode sehr rasche und befriedigende Resultate.

Herr Ilgner (Elbing) erklärt das ungünstige Procentverhältnis der Konceptionen bei durch Pessar aufrecht gehaltenem Uterus durch die hierdurch häufig etwas allzustark nach hinten zu gezwungene Richtung der Portio. Für Konception scheine ihm vielmehr das Nachvornstehen der Portio, wie es meist bei Retrodeviationen mehr oder weniger der Fall sei, geradezu günstig. Da außerdem seiner Ansicht nach ein Puerperium bei entsprechender Behandlung gerade die beste Zeit sei, eine Retrodeviation zur Heilung zu bringen, empfiehlt er, nach Schwinden der Allgemeinbeschwerden und lokalen entzündlichen Erscheinungen das Pessar auf Zeit zu entfernen und so die Chancen für den Eintritt einer Gravidität zu begünstigen.

Herr Martin warnt vor allzu eifriger lokaler Behandlung; frische Retrodeviationen heilen oft von selbst. Chronische sollten nur behandelt werden, wenn sie Beschwerden machen; seien dann die Beschwerden verschwunden, könne man das Pessar wieder entfernen. Nur Sterilität indicire die Pessarbehandlung bei einer sonst beschwerdelosen Retrodeviation; indess seien hier die Erfolge sehr wenig befriedigend.

Herr Fränkel befürwortet nochmals die Anwendung präformirter Pessare, wegen der leichteren Handhabung derselben für den Arzt; in der Größe müsse natürlich sorgfältige Auswahl getroffen werden; die Extreme nach beiden Seiten hin sind zu vermeiden; glaubt der Retrodeviation doch ihren ätiologischen Einfluss auf die Entstehung der Lendenmarksymptome wahren zu müssen, gegenüber der den Erkrankungen der Adnexa beigelegten Wichtigkeit. Bei aller Anerkennung für die Nothwendigkeit der Prophylaxe im Wochenbett habe er doch andererseits eine Heilung durch ein Puerperium fast nie gesehen. Die Wichtigkeit lokaler tonisirender Behandlung gesteht er im vollen Umfange zu.

(Fortsetzung folgt.)

---

## 1) G. Winter. Über die Extraktion des nachfolgenden Kopfes.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. Hft. 2.)

Nach einer historischen Einleitung, in welcher besonders hervorgehoben wird, dass schon Mauriceau sowohl wie Smellie einen Handgriff beschreiben und ausführen, wie wir denselben noch heute

unter dem Namen des Veit-Smellie'schen anwenden, tritt Verf. den Beweis an, dass von allen manuellen Verfahren der Veit-Smellie'sche Handgriff der berechtigteste und die Zange am nachfolgenden Kopf ein gänzlich unbrauchbares Verfahren ist. Den Prager Handgriff, welchen Freudenberg wieder zu allgemeinerer Anerkennung gebracht wissen möchte, stellt er als ein physiologisch durchaus nicht gerechtfertigtes Verfahren hin und hält es für gerathen, denselben für alle Zeiten als unbrauchbar und obsolet zu verlassen. Was die Extraktion des nachfolgenden Kopfes mit der Zange betrifft, so ist Verf. der Ansicht, dass ein derartiges Eingreifen dem Kinde nur schaden kann und niemals im Stande ist, ein Kind zu retten, das mit dem sachgemäß ausgeführten Veit-Smellie nicht hatte gerettet werden können. Aus mehreren Tabellen, welche einen Vergleich der mit Veit-Smellie einerseits, mit der Zange andererseits erzielten Resultate ermöglichen, geht für den Verf. Folgendes hervor:

1) bei einfachen Beckenendlagen wird die Prognose für das Kind durch die Zange nicht gebessert;

2) bei Extraktion nach vorausgegangener Wendung bei normalem Becken wird die Prognose geradezu verschlimmert;

3) bei Extraktion nach Wendung bei engem Becken kommen die Anhänger der Zange nur dann zum Ziele, wenn sie vorher mittels manuellen Handgriffs (der für sie nur den Charakter eines Versuchs haben soll) das durch die Beckenenge gesetzte Hindernis überwunden haben. In diesem Falle würde natürlich der fortgesetzte V.-S. mindestens eben so schnell zu dem erwünschten Resultate geführt haben. Kommt man mit dem V.-S. nicht zum Ziele, so leistet nach Verf. die Zange erst recht nichts, da tritt eben die Perforation in ihre Rechte. Sodann prüft Verf. die einzelnen hauptsächlichen Indikationen, für welche die Zange von deren Anhängern reservirt ist:

1) die zu großen Kinder, vor Allem Mehrgebärender;

2) Hindernisse in den Weichtheilen, vor Allem der unverstrichene Muttermund;

3) das auf der Symphyse festsitzende Kinn.

Was die beiden ersten Indikationen betrifft, so wird dem gegenüber bewiesen, dass unter gleichen Verhältnissen mittels V.-S. bessere Resultate zu erzielen sind.

Betreffs der dritten Komplikation, wo natürlich V.-S. nicht anzuwenden ist, fehlt es Verf. an eigener Erfahrung, doch verspricht er sich dann mehr von dem umgekehrten Prager Handgriff, bei welchem der Kopf mit dem Hinterhaupt voran um das auf der Symphyse sitzende Kinn rotirt wird.

Endlich macht Verf. auch auf das Zeitraubende des instrumentellen Verfahrens aufmerksam, so wie auf die Thatsache, dass bei sachgemäßem V.-S. Perforation des nachfolgenden Kopfes seltener nöthig sei, als bei gemischtem manuellen und instrumentellen Verfahren.

**Katzenstein** (Kassel).

## 2) C. H. Stratz. Über einseitige Hypertrophie des unteren Cervikalabschnittes.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. Hft. 2.)

Verf. geht von der Thatsache aus, dass eine gleichmäßige einfache Hypertrophie des unteren Cervikalabschnittes, d. h. eine Hypertrophie, an der sich sämmtliche Elemente des Cervix gleichmäßig betheiligen, nur bei Nulliparen und bei Frauen vorkommt, deren Cervix durch vorangegangene Geburten keine erhebliche Verletzung davongetragen hatte. Ist jedoch das Cervixgewebe durch in Folge der Geburt entstandene Risse und Narbenstränge stark alterirt, so kann es nur zu partiellen Hypertrophien kommen, deren Sitz sich an der der Verletzung entgegengesetzten Seite befindet. Da nun der Cervix meist seitlich und weiter nach hinten einreißt, so findet man gewöhnlich eine Hypertrophie der vorderen Lippe; seltener kommt eine solche der hinteren Lippe, am seltensten eine einseitige einfache Hypertrophie vor. Verf. beschreibt sodann 3 in der kgl. Universitätsfrauenklinik zur Beobachtung gelangte Fälle von einseitiger, einfacher Hypertrophie, von denen zwei zur Operation gelangten und durch Abtragung des hypertrophischen Cervixabschnittes geheilt wurden.

Vorzügliche Abbildungen sind der Abhandlung beigefügt.

**Katzenstein** (Kassel).

---

## 3) Negri (Novara). Einfluss hoher Temperaturen in der Schwangerschaft.

(Annali di ostetricia etc. 1886. Juni—Juli.)

Angeregt durch die Arbeiten von Runge und Doré-Doleris machte Verf. selbst mehrere Experimente (an Meerschweinchen und Kaninchen), auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, und kommt zu folgenden Resultaten:

1) Die hohe Temperatur an und für sich kann Ursache der Unterbrechung der Schwangerschaft sein.

2) Temperaturen von 41,5 bis sogar 43 werden sowohl von trächtigen als von nicht trächtigen Thieren oft ohne Schaden vertragen, wenn die Thiere den hohen Temperaturen nur kurze Zeit ausgesetzt waren.

3) Temperaturen, die auch 41,5 um Vieles übersteigen, verursachen den Fötustod nicht, wenn sie nicht lange dauern.

4) Auch wenn die hohe Temperatur die Frühgeburt zur Folge hat, ist der Fruchttod keine nothwendige Folge derselben (i. e. muss der Tod der Frucht nicht nothwendigerweise eintreten).

**Liebman** (Triest).

---

## 4) Massarenti (Bologna). Zur Diagnose der Schwangerschaft.

(Rivista clinica 1886. Januar.)

Verf. macht gewöhnlich zur Erkenntnis der Schwangerschaft von der Sonde (Wachsbougie) Gebrauch und hat einen Abortus dar-

auf folgen gesehen. Die große Resistenz der Eihäute in den ersten Schwangerschaftsmonaten, die Schwierigkeit, die Placenta von der Decidua loszulösen, und die bekannte Thatsache, dass ein Bougie nur nach längerem Aufenthalte zwischen Chorion und Gebärmutter Wehen auslöst, erklären die Ungefährlichkeit der Methode. Einige zufällige Sondirungen und sehr viele Experimente bekräftigen die Aussagen des Verf.s.

Verf. benutzt auch zur Erkenntnis der Schwangerschaft die Auskultation der Vaginalportion, oder eigentlich der vorderen Wand des unteren Uterinsegmentes. Die eigenthümlichen daselbst konstant (vorkommen sollenden, Ref.) Blasengeräusche beginnen erst nach $2^1/_2$ Monaten; im 3. Schwangerschaftsmonat sind sie am stärksten zu hören; gegen Ende des 4. oder im 5. Monat verschwinden sie. Bei tiefem Sitze der Placenta dauern die Blasegeräusche fort, sind sogar in den letzten Schwangerschaftsmonaten stärker.

**Liebman** (Triest).

---

### 5) **Bossi** (Turin). Syphilis in der Schwangerschaft.

(Gazz. delle cliniche 1886. I. Serie. No. 9—12.)

Eine lange Arbeit mit besonderer Berücksichtigung der französischen Litteratur verfasst und auf 70 eigenen Beobachtungen fußend.

Wurde während der Schwangerschaft eine vollständige (komplete) Merkurialkur durchgemacht, so verlief die Schwangerschaft normal und es wurden gesunde Früchte geboren; bei unvollständiger Kur wurden todte Früchte vorzeitig ausgestoßen.

Geschieht die Ansteckung an den letzten 50 Tagen der Gravidität, so läuft die Frucht wenig Gefahr. In solchen Fällen soll die Therapie besonders gegen die Lokalaffektion gerichtet werden.

Gefährlicher sind die Fälle, in welchen die Affektion der Konception vorausging.

Noch gefährlicher, wenn die Ansteckung in den ersten fünf Schwangerschaftsmonaten geschah.

Am gefährlichsten, wenn die Syphilis im 6., 7. oder im Beginn des 8. Monats acquirirt wurde. In solchen Fällen ist die Therapie machtlos, das kindliche Leben zu retten; vielleicht könnte die künstliche Frühgeburt, wenn sie vor Ausbruch der allgemeinen Symptome eingeleitet werden kann, noch gute Resultate geben.

**Liebman** (Triest).

---

### 6) **Barette.** Zeitpunkt der Dammnaht.

(Archiv de tocologie 1886. Februar 28.)

Als Kriterium für die Wahl des Zeitpunktes, in dem nach einer Geburt der zerrissene Damm genäht wird, soll der Zustand der Gewebe gelten. Ist die Verletzung eine glatte, besteht kein bedeutendes Ödem, so steht der sofortigen Naht nichts entgegen. Sind dagegen die Gewebe stark zerfetzt, geschwellt und blutig infiltrirt, so empfiehlt es sich, mit der Naht zu warten, bis die Lebensfähigkeit der Gewebe

wieder vollständig hergestellt ist, und dies durch antiseptische Maßnahmen zu begünstigen. **Skutsch** (Jena).

---

7) **Lucien Butte.** Das Sublimat als Antisepticum.

(Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynécol. 1886. No. 4.)

Wie in anderen Ländern, so wurde auch in Frankreich das Sublimat wegen seiner eminenten antiseptischen Eigenschaften vor mehreren Jahren, zuerst auf Tarnier's Anregung hin, als Antisepticum in die Geburtshilfe eingeführt. Trotz ausgedehnten Gebrauches sind aber in Frankreich keine Fälle von Intoxikation publicirt worden. Bei der großen Gefahr jedoch, welche die Sublimatanwendung haben kann (wie die aus anderen Ländern veröffentlichten Vergiftungsfälle beweisen), hält es Verf. für zweckmäßig, diese Gefahren seinen Landsleuten klarzulegen und zu diesem Zweck eine ausführliche Studie über das Sublimat zu veröffentlichen.

Nach einer historischen Skizze über die bisherige Anwendung des Sublimats, über die Ergebnisse der mit dem Mittel angestellten Experimentalforschungen, so wie über die Erfolge, welche seine Anwendung in der Geburtshilfe und Gynäkologie in Frankreich, Deutschland, Italien, Belgien, England und Amerika aufzuweisen hat, giebt Verf. eine Übersicht über bisher bekannt gewordene Fälle von tödlichen Sublimatvergiftungen, so wie über einige nicht tödlich geendete, schwere Vergiftungsfälle. Er selbst fügt zu diesen Fällen 2 neue, von Doléris beobachtete, hinzu, von denen der eine tödlich verlief.

Dieser letztere betraf eine 24jährige Ipara, bei welcher außerhalb der Klinik zwei erfolglose Zangenversuche gemacht worden waren. Bei der Aufnahme Temp. 38,5, Puls 136, Blutung, an der hinteren Vaginalwand ein tiefer Einriss; das Kind wurde mit Forceps leicht entwickelt, ein Dammriss mit 4 Suturen geschlossen. Sorgfältige Ausspülungen der Scheide und des Uterus mit Sublimat (Liquor Van Swieten). Diese Ausspülungen wurden täglich fortgesetzt, obgleich die Temperaturen nach der Geburt keine besondere Höhe erreichten. Vom 3. Tage an traten wiederholt diarrhoische Stühle ein, die durch Opium kaum vorübergehend gemindert wurden. Der Allgemeinzustand wurde stetig schlechter, der Puls blieb andauernd hoch (110 bis 140), Übelkeiten, unstillbare Diarrhoen traten ein; schließlich erfolgte der Tod im Collaps am 7. Tage. Die Sektion ergab die für Sublimatintoxikation charakteristischen Geschwüre im Dickdarm. Der mit Genesung endende Fall betraf eine 26jährige VIIpara; Frühgeburt im 8. Monat, macerirte Frucht. Wegen putrider Beschaffenheit der Lochien wurden 3 intra-uterine Sublimatausspülungen (1 : 2000) gemacht; es folgte sehr heftige Stomatitis mit starker Salivation.

Unter Verwerthung der berichteten Beobachtungen entwirft Verf. hierauf in Kürze das klinische Bild der Sublimatintoxikation: Die wesentlichsten, konstanten Erscheinungen sind bedingt durch eine

heftige, dysenterieähnliche Enteritis mit starken Diarrhoen; es erfolgen Übelkeiten, Erbrechen, Albuminurie, Abgeschlagenheit, später Somnolenz, Collaps. Verf. macht darauf aufmerksam, dass in den tödlich verlaufenden Fällen Stomatitis oft fehlt oder unbedeutend ist, dass dagegen in den mit Genesung endenden die Stomatitis meist sehr stark ausgeprägt ist. Der Verlauf der Intoxikation kann sehr wechselnd sein; die Zeit bis zur Genesung schwankt von 3 Tagen bis 3 Wochen; die tödlich verlaufenden Fälle dauern bis zu 14 Tagen. Besonders ausgiebige Verletzungen des Genitaltractus erhöhen die Gefahr der Intoxikation; großen Einfluss hat ein heruntergekommener Allgemeinzustand; manche Pat. sind besonders leicht für die Intoxikation empfänglich. Die Prognose muss sehr vorsichtig gestellt werden; ausgedehnte Stomatitis mit Salivation scheint ein günstiges Moment für die Prognose abzugeben. Die Sektion ergiebt ein charakteristisches Bild. Das Wesentliche desselben bilden die Darmgeschwüre, welche fast ausschließlich auf das Colon beschränkt sind; das unterste Ileum ist nur zuweilen an der Entzündung betheiligt; S romanum und Rectum sind oft frei. Akute parenchymatöse Nephritis ist häufig, aber nicht konstant. Die Therapie soll das Gift zu eliminiren suchen; die Urinsekretion soll möglichst gesteigert werden (Diuretica, Anregung der Herzaktion, Zufuhr von Flüssigkeit); die Diarrhoe soll nicht angehalten werden (kein Opium); Klystiere von Kalkwasser sind zu versuchen; gegen die Stomatitis kann Kali chloric. gegeben werden, gegen den Schwächezustand Tonica, zweckmäßige Ernährung (Pepton). Selbstverständlich ist das sofortige Aussetzen des Sublimats beim Eintritt der ersten Vergiftungserscheinungen. Wodurch der tödliche Ausgang herbeigeführt wird, darüber müssen noch weitere Untersuchungen Aufschluss geben.

**Skutsch** (Jena).

---

## 8) **Koeberlé** (Straßburg). Behandlung des Uteruscarcinoms mittels Totalexstirpation.

(Nouvelles Archives d'obstetr. et de gynécol. 1886. No. 3.)

K. theilt seine Ansichten über den Werth der Totalexstirpation mit; er spricht sich im Allgemeinen gegen die Operation aus und tritt für die partiellen Hysterotomien (vaginale oder abdominale) ein. Diese letzteren sind auszuführen, so lange die anatomischen Grenzen von der Neubildung nicht überschritten sind; ist letzteres aber der Fall, so ist auch die Totalexstirpation ohne Nutzen. Für diese bleiben dann nur wenige Fälle übrig, wie totaler Uterusprolaps, wenn die Entfernung des ganzen Organes einfacher als eine Partialoperation ist.

**Skutsch** (Jena).

---

# Kasuistik.

## 9) Verhandlungen der geburtshilflichen Gesellschaft von New York.

(Amer. journ. of obstetr. 1886. März, April, Mai.)

Der Präsident der Gesellschaft, P. Mundé, legt das Präparat eines Falles von Epitheliom der Blase vor. Dasselbe stammt von einer 42jährigen Frau, welche 2 Jahre vorher von Prof. Taufer in Pest wegen eines soliden Ovarialtumors operirt worden war und jetzt an schmerzhaftem Urindrang und Hämaturie litt. An dem Blasengrund findet sich eine orangegroße Geschwulst, welche bei der Berührung stark blutet und sehr brüchig ist. Da sich Erscheinungen von chronischer Septikämie zeigen, so wird die Geschwulst mittels der Sims'schen Curette und des Fingers entfernt. Die allgemeinen wie lokalen Symptome verschwanden nach der Operation rasch.

Hunter berichtet über einen Fall von Tubarschwangerschaft. Die 30jährige Frau, sehr heruntergekommen, klagte über heftige Schmerzen im Unterleib. Bei der Untersuchung zeigte sich eine rundliche Geschwulst seitlich vom Uterus. Die Sonde dringt vor der Operation so tief ein, dass eine Perforation der Uteruswand angenommen wird. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle findet eine profuse Blutung statt. Eine Geschwulst von der Größe einer Orange zeigt sich mit dem rechten Uterushorn verwachsen. Da bei dem Versuch einer Trennung starke Blutung entsteht, so wird der Uteruskörper mit entfernt. Pat. stirbt 24 Stunden nach der Operation. Die Geschwulst bildete eine Cyste, wahrscheinlich eine geborstene Tubenschwangerschaft, denn die Tube war dilatirt, das Innere derselben mit einem dicken, schwammigen Belag bedeckt, der sich als Chorionzotten darstellte. Der Sack enthält ein großes Blutgerinnsel, jedoch keine Spur eines Fötus. Die Anamnese ergab keine Anhaltspunkte.

Hunter zeigte weiter die Präparate einer kleinen Ovariencyste mit Pyosalpinx vor. Dieselben stammten von einer Kranken, welche an heftigen Schmerzen vor und während der Periode litt und bei welcher die Diagnose auf Ovarien- und Tubenerkrankung gestellt und die Laparotomie angezeigt erachtet wurde. Das linke Ovarium fand sich vergrößert, die Tube mit Eiter angefüllt. Letztere war fest mit Darm und Netz verwachsen, so dass die Operation zu einer sehr schwierigen wurde, mit starkem Blutverlust. Der Stiel war so kurz und breit, dass er nicht unterbunden werden konnte, sondern mit langen Kompressionszangen komprimirt wurde, welche mit dem Drain am unteren Wundrand herausgeleitet wurden. Die Kranke genas trotz bedrohlicher Erscheinungen von Collaps.

In der Diskussion, welche sich an den Fall anknüpft, wird die Frage über die Berechtigung frühzeitiger Operation bei Ovariencysten aufgeworfen. Sims jun., Grandin, Mundé sprechen sich für letztere aus, während Noeggerath betont, dass kleine Cysten häufig genug lange Zeit stationär bleiben, oder nach einmaliger Punktion verschwinden.

H. M. Sims theilt einen Fall mit, in welchem er bei einer 28jährigen Frau, die an schwerer Dysmenorrhoe und dann an periodischen Anfällen von Hystero-Epilepsie litt, zur Entfernung eines cystisch degenerirten Eierstockes die Laparotomie gemacht hatte. Dies geschah vor 2 Jahren und ist das Resultat vollkommen gewesen. Die sehr dicke Pat. hatte dann eine enorme Bauchhernie bekommen, die sehr hochgradige Beschwerden verursachte, so dass S. sich von Neuem zur Eröffnung der Bauchhöhle entschloss. Der Bruchring zeigte 10 Zoll im Umfang. In dem Bruchsack waren die Darmschlingen fest verklebt, so dass es große Mühe kostete, dieselben zu trennen. Die Operation dauerte über 4 Stunden, mehr als 150 Ligaturen mussten angelegt werden. Ein elliptisches Stück der Haut wurde exstirpirt und das Bauchfell mit Lambert's Naht vereinigt. Die Heilung erfolgte ohne wesentlichen Zwischenfall.

In der Sitzung vom 19. Januar legt Hanks zunächst eine Modifikation des Erich'schen Speculum vor.

Nilsen berichtet über einen Fall von Dermoidcyste mit Pyosalpinx. Die Kranke litt lange Zeit an heftiger Dysmenorrhoe mit entzündlichen Erscheinungen.

Bei der Untersuchung fand sich rechts ein fluktuirender Tumor von der Größe einer Orange. Die vorgeschlagene Operation wird verweigert. Da starke Menorrhagie besteht, so nimmt N., sobald die entzündlichen Erscheinungen nachlassen, das Curettement vor. Einige Tage nach der Operation fühlte sich die Kranke wohl, es trat die Periode schwächer auf. Dann zeigten sich Erscheinungen heftiger Peritonitis, der früher deutlich konstatirte Tumor war nicht mehr zu fühlen. Mittels des Aspirators werden durch das hintere Scheidengewölbe mehrere Unzen Eiter entleert, hierauf eine Incision gemacht und die Höhle ausgespült. Die Kranke stirbt und die Sektion zeigt neben den neuen Entzündungsresultaten eine kleine Dermoidcyste mit Haaren und beiderseits Eiter in den Tuben, der sich durch Ruptur der rechten in die Bauchhöhle ergossen hatte.

Sims theilt einen seltenen Fall mit, in welchem sich nach der wegen Epilepsie unternommenen Hegar'schen Operation zahlreiche Neurosen gebildet hatten. Die Operation war leicht und einfach gewesen, beide Ovarien, cystisch entartet, wurden entfernt. Die Heilung verlief ohne Zwischenfall. Der Erfolg war ein vollkommener. Nach der Operation zeigte sich an einer Stelle des Unterleibes eine starke Schmerzhaftigkeit. Hier fand sich unter der Haut eine Gruppe kleiner Knötchen, die sehr schmerzhaft bei der Berührung waren. An verschiedenen Stellen zeigten sich ähnliche Gruppen von Knötchen. Dieselben wurden, da jede Medikation versagte, exstirpirt; sie lagen im Fettgewebe, etwa einen halben Zoll unter der Haut. Mikroskopisch ließen sich in denselben Nervenfäden nachweisen.

Sitzung am 2. Februar 1886.

Gillette legt ein Präparat einer Fleischmole vor, welches in der Beziehung Interesse bietet, dass nach dem Abort, bei welchem nach sicheren Angaben die Placenta entfernt wurde, trotz zweimaligem Curettement durch erfahrene Hand erst kurze Zeit nach der zweiten Ausräumung sich dieselbe spontan entleerte. G. wirft die Frage auf, ob es sich hier vielleicht um eine Superfötation gehandelt habe.

Noeggerath berichtet über einen Fall von Puerperalfieber, bei welchem es ihm gelang, einen eigenthümlichen Mikroben zu züchten. Der Vortrag findet sich an anderer Stelle.

Sitzung vom 16. Februar 1886.

Jacobi hält einen Vortrag über den kindlichen Mastdarm.

Sitzung vom 2. März 1886.

Brooks H. Wells zeigt ein Instrument vor, durch welches jede gewöhnliche Zange in eine Achsenzugzange umgewandelt werden kann.

Nilsen berichtet über einen Fall von Laparotomie bei einer sehr großen Ovariencyste, deren Wände ausgedehnt kalkig degenerirt waren. Es bestand Albuminurie vor der Operation und die Pat. ging an Urämie zu Grunde.

Mundé zeigt das Präparat eines Epitheliom der Blase vor; wegen Blutung und schmerzhafter Urinentleerung war die Blase mit der Curette ausgeräumt worden. Einige Wochen nach der Operation starb die Pat. unter Erscheinungen von Metastase in den Lungen. Die Blasenwand war durch das Auskratzen nicht verletzt.

Derselbe legt das Präparat eines interessanten Falles vor. Es handelte sich um eine 44jährige Nullipara, welche seit einiger Zeit an starken Blutungen litt. Dabei bestand hässlich riechender Ausfluss. Die Portio fühlte sich normal an, aus dem äußeren Muttermund ragte eine bröcklige Masse hervor, welche bei der Berührung leicht blutete. Der Fundus zeigte sich hart und vergrößert, wie bei einem Fibroid. Anfangs wurde die Diagnose auf ein verjauchendes Fibroid gestellt, dieselbe jedoch aufgegeben, da die Sonde durch das Centrum der Geschwulst hindurchdrang, ohne nach einer Seite abzuweichen. Bei der Operation zeigte sich, dass das Epitheliom ziemlich hoch in den Fundus, in welchem ein mäßig großes Fibroid seinen Sitz hatte, hinaufreichte. Pat. ging nach 10 Tagen plötzlich an Lungenembolie zu Grunde. Die mikroskopische Untersuchung zeigt, dass es sich um Zottenkrebs der Endometrien handelte; in einem der breiten Mutterbänder fand sich eine ähnliche Geschwulst.

Henry Coe spricht über Explorativpunktion contra Explorativincision und entscheidet sich für erstere, welche nicht gefährlich sei, besonders wenn sie mittels der Pravas'schen Spritze und nicht mittels des Aspirators ausgeführt werde. Letztere sei nur für extreme Fälle, bei welchen auf keine andere Weise die Diagnose sicher gestellt werden könne, aufzubewahren.

In der Diskussion sprechen sich sämmtliche Redner in ähnlichem Sinne aus.

Sitzung vom 16. März 1886.

Hunter zeigt ein Ei von der dritten oder vierten Woche der Schwangerschaft vor; Polk spricht über Uterusruptur: Hunter über einen Fall von Endometritis fungosa und Amenorrhoe; Partridge berichtet über zwei Fälle von interkraniellen Blutungen bei Neugeborenen. **Engelmann** (Kreuznach).

## 10) **Widemann.** Ein Fall von Porro'scher Operation bei Riss der Gebärmutter unter der Geburt.

(Verhandlungen der geburtsh.-gynäkolog. Gesellschaft zu Petersburg 8. Mai 1886.)

36jährige VIgebärende. Sie kreißt seit 15 Stunden, vor 5 Stunden fühlte sie gleichsam einen Riss im Leibe und die Wehen hörten auf. Der herbeigerufene Arzt versuchte vergebens, die Zange anzulegen. Die Kranke ist anämisch mit kaum fühlbarem Pulse, klagt über Schmerzen in dem gespannten Leibe. Der Fundus uteri steht unter den rechten Rippen, links unten vom Nabel fühlt man kleine Theile. Herztöne der Frucht nicht zu hören. Der Muttermund auf zwei Finger geöffnet, über ihm der Kopf, aus der Scheide fließt Blut. Prof. Krassowsky fand einen kleinen Theil im Muttermunde und entschloss sich nach einigen Einspritzungen von Moschus zur Operation von Porro, die ohne Chloroform und Spray ausgeführt wurde, die weiße Linie wurde nur mit Äther bestäubt. Aus der Bauchwunde floss viel Blut, es wurde zuerst Kopf und linke Schulter, dann der Körper des Kindes ausgezogen; zuletzt die in der Bauchhöhle liegende Placenta. Der Riss der Gebärmutter erstreckte sich von rechts oben nach links unten, unter ihm wurde eine elastische Ligatur angelegt, die Gebärmutter entfernt und der Stumpf in die Bauchwunde eingenäht. Die Wunde wurde mit metallischen Ligaturen geschlossen nach Ausspülung der Bauchhöhle mit einer schwachen Sublimatlösung. Jodoform. Die anatomische Untersuchung zeigte, dass der Uterus im Zustande beginnender Parametritis war. Obgleich der Zustand der Kranken in der ersten Woche nicht günstig war (hohe Temperatur, Meteorismus, Erbrechen etc.), so besserte sie sich doch bald; am 12. Tage fiel der Stumpf ab.

Bei der Diskussion sprach sich die Mehrzahl der anwesenden Geburtshelfer für die Porro'sche Operation bei Riss der schwangeren Gebärmutter und gegen die Wendung aus. **Reimann** (Kiew).

## 11) **Meyls.** Mamma aberrata.

(Med. record 1886. April 17. p. 455.)

Es wurde eine Geschwulst in der Achselhöhle exstirpirt, welche nach der mikroskopischen Untersuchung aus Mammagewebe bestand und sich demnach als abgelöste Brustdrüse kennzeichnete; sie enthielt Milch. An derselben Brustseite hatte sich zwischen der eigentlichen und der accessorischen Mamma noch ein Knoten in einer Gravidität ausgebildet, welcher wohl auch in derselben Weise aufgefasst werden muss. **Lühe** (Demmin).

## 12) **Fischel** (Prag). Uterusabscess bedingt durch partielle Nekrose eines intramuralen Fibromyoms. Heilung nach Spaltung des Abscesses und Enukleation der Geschwulst.

(Prager med. Wochenschrift 1886. No. 19.)

41jährige Frau, 6mal geboren, 2mal abortirt, letzte Geburt 1. Juli 1885. Beginn der Erkrankung wird 3 Monate nachher datirt. Es traten ohne angebbare Ursache starke wehenartige Schmerzen ein, die sich anfallsweise während des Tages einstellten und bis zum Tage der Operation täglich wiederkehrten. Um Weihnachten heftige Blutung, die sich dann alle 14 Tage wiederholte. Seit dem 25. März

blutete Pat. ununterbrochen bis zur Operation. Hochgradige Anämie, oberhalb der Symphyse ein 14 cm hoher, 10 cm breiter Tumor als vergrößerter Uterus erkennbar. Dicht oberhalb des inneren Muttermundes findet man die ganze hintere Wand vom Fundus bis zum Os flach vorgewölbt durch einen kindskopfgroßen in ihre Substanz eingebetteten Tumor von elastischer Konsistenz. Zugleich findet man als Folge einer adhäsiven Endometritis dickere und dünnere, leicht zerreißbare Filamente zwischen der vorderen und hinteren Uterinschleimhaut ausgespannt. 16. April Operation des, wie angenommen wurde, weichen Myoms. Es wurde mit einer Schere die Kapsel durchtrennt, die sehr dick war; plötzlich stürzte ein dicker Strahl Eiter aus der Wunde. Bei Erweiterung des Kapselschlitzes kam man sofort auf eine in der Höhle befindliche, an ihrem unteren Ende ganz freie Geschwulst mit fetziger Oberfläche und morscher Konsistenz. Die Geschwulst wurde in ihrem freien und ihrem festsitzenden Theile nach und nach entfernt. Ausspülung der Höhle und Einlegung von Jodoformgelatinestäbchen. Nachbehandlung: Ergotin und heiße Vaginalduschen. Glatte Heilung. **Schellenberg** (Leipzig).

## 13) **Fischel** (Prag). Über die Anwendung des Cocain zur Linderung des Wehenschmerzes.

(Prager med. Wochenschrift 1886. No. 16.)

Verf. kann über 6 Fälle berichten, in denen er wenigstens theilweise recht günstige Erfolge erzielte.

1) Zweitgebärende, die nach 6jähriger Pause wieder schwanger geworden war. Kopf auf dem Beckenboden bereits sichtbar werdend. Die sehr nervöse Frau klagte und jammerte laut. Nach Applikation einer 4%igen wässrigen Cocainlösung auf die zugänglichen unteren Abschnitte der Scheidenschleimhaut der kleinen Labien und den Damm trat Schmerzlosigkeit ein, die Frau presste mit und der Zustand hielt während des Restes der Geburt (20 Minuten) an.

2) Erstgebärende, vorzeitiger Wasserabfluss, seit mehr als 30 Stunden sehr schmerzhafte Vorwehen. 2 Nächte nicht geschlafen. Morphium ohne Erfolg. Das Collum war entfaltet, der stark nach hinten gezogene Muttermund kaum für einen Finger durchgängig. $2^1/_2$%ige Cocainlösung wurde mit Wattekügelchen applicirt, es trat deutliche Wirkung ein. Durch wiederholte Anwendung wurde vollständige Analgesie erzeugt, die 20 Minuten anhielt. Es gelang durch immer erneute Wiederholung während 4 Stunden bis zur vollständigen Eröffnung des Muttermundes diesen Zustand zu erhalten. In der Austreibungsperiode musste dann Chloroform angewandt werden.

3) Erstgebärende, ähnlicher Erfolg einer $2^1/_2$%igen Lösung, aber nicht so vollständig.

4) Erstgebärende, 5%ige Lösung, außerordentlich schmerzhafte Wehen. Beträchtliche Milderung der Schmerzen, die auf Verbrauch von $^1/_4$ g 1 Stunde anhielt.

5) und 6) Anwendung einer 4 und $2^1/_2$%igen Lösung ohne Erfolg. Der letzte Fall betraf eine Frau mit sehr großem Kind in Stirnlage, die an starken in die Beine ausstrahlenden neuralgischen Schmerzen litt, die im Vergleich zu den Wehenschmerzen sehr in den Vordergrund traten und so vielleicht den Misserfolg erklären. **Schellenberg** (Leipzig).

## 14) **Fischel** (Prag). Ein Fall von vaginaler Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus.

(Prager med. Wochenschrift 1886. No. 3, 4 u. 6.)

31jährige Frau, 6mal geboren. Apfelgroßer carcinomatöser Tumor von der hinteren Lippe in die Scheide hineinragend. Die Neubildung greift auf das hintere Scheidengewölbe und sogar auf die hintere Scheidenwand über, ein bohnengroßer Knoten an der Basis des linken breiten Mutterbandes konnte konstatirt werden; sonst war die Umgebung des Uterus frei. Totalexstirpation. Entfernung des ganzen entarteten Gewebes. Heilung. Nach 4 Monaten lokales Recidiv, dessen Operation als aussichtslos unterlassen wird. Verf. berichtet nun in eingehender

Weise, wesshalb er sich in diesem Falle zur Totalexstirpation entschlossen und giebt eine Übersicht aus der Litteratur der Frage, ob totale oder partielle Exstirpation und glaubt a priori und a posteriori den Beweis erbracht zu haben, dass die vaginale Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus eine günstigere Prognose giebt, als die hohe Collumexcision; dass ferner a priori bei der Totalexstirpation die Hoffnung auf Radikalheilung größer ist, dass aber der Beweis hierfür auf induktivem Wege noch nicht erbracht ist. **Schellenberg** (Leipzig).

15) **Negri** (Novara). Malaria.

(Annali di ostetricia etc. 1886. Juni—Juli.)

Aus 50 in Tabellen zusammengestellten eigenen Beobachtungen geht hervor, dass die Gravidität gar keinen Schutz gegen Malariaausbrüche bietet; dass Frühgeburt relativ häufig bei malariakranken Schwangeren beobachtet wird, so wie dass auch am rechtzeitigen Schwangerschaftsende geborene Kinder oft schlecht entwickelt sind. Dass im Wochenbett leicht Rückfälle eintreten, ist eine bekannte Sache. Verf. beschreibt dann drei Fälle von solchen Fieberanfällen im Puerperio, in dem einen derselben war die Differentialdiagnose zwischen Malaria und puerperaler Sepsis kaum möglich. **Liebman** (Triest).

16) **Borde** (Bologna). Jequirity bei Erosionen und Endometritis.

(Riv. clinica 1886. April.)

Gestützt auf einen Fall, in welchem Verf. eine Braun'sche Spritze einer 1%igen Lösung in die Uterushöhle einspritzte und die Granulationen damit einpinselte und in welchem durch eine einzige Applikation Heilung erzielt wurde, empfiehlt Verf. das Mittel. Etwas Fieber durch ein paar Tage, etwas Schmerzen folgten der Applikation; doch durfte Pat. schon nach einer Woche das Bett verlassen.

**Liebman** (Triest).

17) **Marta** (Vendig). Uteruscyste.

(Annali di ostetricia etc. 1886. Januar—Februar.)

Die 35jährige, sonst gesunde Frau hatte 2mal geboren. Seit 9 Monaten begann der Unterleib größer zu werden, dabei traten Schmerzen im Unterleibe auf, die vom Nabel aus ausstrahlten. Die Regeln erschienen in immer kürzeren Intervallen und waren reichlicher. Circumferenz des Unterleibes 96 cm. Der nicht sehr deutlich fluktuirende Tumor hing mit dem Uterus zusammen; der Uterus war elevirt, seine Höhle nicht verlängert. Laparotomie. Die Cyste war in großer Ausdehnung mit dem Peritoneum parietale verwachsen, hatte auch einige lockere Adhäsionen mit dem Dünndarm und mit dem Netz. Es bestand nur ein Sack, der 12 Liter einer dicken, colloiden gelb-braunen Flüssigkeit enthielt. Der Sack hing mit einem fingerdicken Stiele dem rechten Uterushorne an. Tuben und Ovarien normal. Tod am 6. Tage an septischer Peritonitis. Stiel und Wände der Cyste bestanden aus glatten Muskelfasern mit wenig Bindegewebe.

**Liebman** (Triest).

18) **Frasnaci** (Pisa). Dekapitationsschere.

(Annali di ostetricia etc. 1886. Januar—Februar.)

Diese Dekapitationsschere hat manche Ähnlichkeit mit dem Braun'schen Kranioklast. Der unter dem Schlosse gelegene Theil unterscheidet sich auch gar nicht vom oben erwähnten Instrument; der obere Theil hat sehr viel Ähnlichkeit mit der zur Discission bestimmten Küchenmeister'schen Schere, nur dass bloß ein Blatt schneidend ist; das andere ist breiter, gerieft. Jedes Blatt soll für sich eingeführt werden, das stumpfe hinter, das schneidende vor dem Halse. Das Instrument wurde bisher nur an der Leiche und (selbstverständlich! Ref.) mit günstigem Erfolge erprobt. **Liebman** (Triest).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-numeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 43.** **Sonnabend, den 23. Oktober.** **1886.**




## I. Allgemeine deutsche Hebammen-Zeitung.

Redakteur Dr. Winter, Assistenzarzt an der Kgl. Frauenklinik zu Berlin.

In den letzten Jahren ist viel über die Hebammen geschrieben. Meistentheils mit wenig Wohlwollen. Vorschläge, den Stand zu heben, sind wenig gemacht. Und doch ist nur durch größere Fassungsgabe und durch bessere Vorbildung das Verständnis der Desinfektionslehre zu erreichen. Ich bin durchaus kein Anhänger der verlängerten Lehrzeit, ja ich bin überzeugt, dass das Unpraktische und Unvortheilhafte der 9monatlichen Lehrzeit bald allgemein anerkannt sein wird. Viel wichtiger und richtiger sind Repetitionskurse.

Ein anderer Weg, den Stand der Hebammen durch Hebung der Intelligenz und Vermehrung der Kenntnisse zu heben, ist von Dr. Winter beschritten. Gerade der Umstand, dass dieser Versuch von einer so autoritativen Seite, wie der Berliner Klinik, gemacht wurde, ist von großer Bedeutung. Nur Interesse an der guten Sache und Humanität sind maßgebend gewesen. Ausdrücklich möchte ich alle Diejenigen, denen in dem Wohl der Hebammen das ihrer Mitmenschen am Herzen liegt, auffordern, das Unternehmen zu unterstützen. Dadurch, dass die Kreisphysiker die Hebammenzeitung einführten, dass vielleicht der Kreis die Zeitung gratis oder doch durch

Zuschüsse billiger lieferte, könnte sie überall Verbreitung finden. Und man hätte in der Zeitung ein Mittel, um auf die Hebamme einzuwirken. Man vergesse nicht, dass bei den heutigen Verhältnissen die Mittel einer Einwirkung auf den Hebammenstand fast gleich Null sind. Die alten Hebammenbelohnungen sind weggefallen, die frei prakticirenden Hebammen kümmern sich um Niemand, die Anzeigepflicht ist eine wenig erfolgreiche Maßregel, die oft umgangen wird und leicht umgangen werden kann. Versuchen wir es einmal im Guten, durch anständige, litterarische Einwirkung!

Mit dem Inhalte der Zeitung möchte ich mich nicht durchaus einverstanden erklären. Aber ich bin selbst genug Redakteur, um zu wissen, dass manche Schäden vom Redakteur viel eher, als von Anderen erkannt sind, ohne dass die Möglichkeit schneller Abhilfe existirte. Vor Allem würde ich rathen, die forensische Seite zu berücksichtigen, also Fälle zu veröffentlichen, die faktisch vor Gericht zur Bestrafung der Hebammen geführt haben.

Im Allgemeinen aber wird jeder Geburtshelfer der der Zeitung zu Grunde liegenden Idee seine Zustimmung nicht versagen können.

Möchten diese Zeilen dazu beitragen, dem Unternehmen Freunde zu werben! Der Redakteur aber, der es jedenfalls noch schwerer hat als irgend ein Redakteur einer wissenschaftlichen Zeitschrift, möge ausharren in dem Bewusstsein, etwas Gutes begonnen zu haben!

**Fritsch.**

---

## II. Über ventrale Operation bei Prolapsus und Retroversio uteri.

Von

**R. Olshausen.**

**Ein in der gynäkologischen Sektion der 59. Naturforscherversammlung zu Berlin gehaltener Vortrag.**

M. H.! Mancher von Ihnen hat, wie ich vermuthe, schon gelegentlich einer zu anderem Zweck unternommenen Laparotomie eine falsche Lage der Gebärmutter auf operativem Wege zu heilen versucht. Die Gelegenheit dazu ist keine so ganz seltene; denn wenn auch Prolapsus uteri keine häufige Komplikation eines Tumor ovarii oder anderer exstirpirbarer Unterleibsgeschwülste darstellt, so ist dafür Retroversio oder -Flexio bei Ovariengeschwülsten desto häufiger. Freilich brauchen die wenigsten solcher Lageanomalien beseitigt zu werden, weil sie z. Th. nur Folgen der Geschwulstbildung sind und mit dieser von selbst verschwinden, z. Th. keine Beschwerden machen und besonders bei älteren Frauen ignorirt werden können.

Immerhin giebt es auch von Retroversionen und -Flexionen Fälle, deren Beseitigung nach Exstirpation des Tumor wünschenswerth erscheinen muss und noch mehr gilt dies wohl von jedem Prolapsus uteri, dessen spontanes Verschwinden, auch nach Exstirpation des vorhandenen Tumor, niemals zu hoffen ist.

Die bloße Einnähung des Geschwulststiels in die Bauchdeckenwunde, welche früher oft genug gemacht worden ist, kann als ein zweckmäßiges und genügendes Verfahren zu dem genannten Zweck nicht betrachtet werden.

Ich habe desshalb versucht auf andere Weise die Lage des Uterus dauernd zu rektificiren, und nachdem ich in einer Anzahl von Fällen gelegentlich einer

Ovariotomie dies ausgeführt hatte, habe ich neuerdings in zwei geeignet erscheinenden Fällen den Bauchschnitt ad hoc gemacht, d. h. also lediglich um die ventrale Fixation des Uterus zu bewerkstelligen.

Gestatten Sie mir, Ihnen kurz den Modus procedendi zu schildern: Nach Eröffnung der Bauchhöhle und Freilegung des Fundus uteri wird derselbe in die Höhe gezogen und seine Beweglichkeit geprüft. Sodann werden diejenigen Punkte der Bauchdecken, an welche die Fixation stattfinden soll, ausgewählt. Sie haben stets ihre Lage einige Centimeter jederseits des Bauchschnitts, oberhalb der Symph. o. p. näher dieser letzteren als dem Nabel. Bei Retroversio-flexio wird in der Regel eine der Symph. o. p. mehr genäherte Gegend zu wählen sein; bei Prolaps im Allgemeinen eine höher liegende.

Vor Ausführung der Naht ist sodann die Lage der A. epigastrica infer. zu eruiren, was bei dem oberflächlichen Verlauf des Gefäßes, unmittelbar unter dem Peritoneum, keine Schwierigkeiten hat. Der tastende Finger findet leicht ihre Pulsation und bei schlaffen, nach außen umlegbaren Bauchdecken wird ihr ganzer Verlauf dem Auge sichtbar. Unter Vermeidung des Gefäßes wird nun jedes Uterushorn durch mehrere Nähte an die Bauchdecken fixirt. Eine krumme Nadel wird unmittelbar neben dem Uterus um das Lig. rotundum geführt und sodann tief durch die Muskulatur der Bauchdecken und auf der Peritonealseite derselben wieder herausgeleitet. Dies geschieht jederseits mit 2 oder 3 Suturen, welche dann festgeknüpft werden und so, zwar nicht den Uterus selbst, aber die ihm benachbartesten Theile der Ligg. rott. und lata an die Bauchdecken fixiren. Wo es auf die Funktion der Tuben nicht mehr ankommt, kann man zweckmäßig auch diese mit in die Suturen fassen.

Als Nahtmaterial habe ich Katgut, Seide und Silkwormgut verwandt. Aus theoretischen Gründen, nämlich wegen der leichten Einheilung und des Unvermögens resorbirt zu werden möchte, ich dem Silkwormgut den Vorzug geben. Noch besser und zugleich haltbarer dürfte aber dicker Silberdraht sein, den ich in Zukunft versuchen werde.

Gestatten Sie mir jetzt noch, m. H., theils als Beispiele, theils zur eigenen Rechtfertigung die kurze Mittheilung derjenigen zwei Fälle, in welchen ich kürzlich, bloß zum Zweck der ventralen Fixation des Uterus die Laparotomie vollzog; einmal bei adhärenter Retroflexio, einmal bei Prolapsus uteri.

Die erste Kranke, 44jährig, war in langjähriger Ehe steril geblieben. Sie traf aus weiter Ferne in elendem Zustande bei mir ein. Körperlich und psychisch in hohem Grade reducirt, litt sie an hochgradiger Dysmenorrhoe, klagte über intensive Kreuz- und Leibschmerzen. Auch Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und vor Allem eine große Schwerbeweglichkeit der Beine wurde geklagt. Pat. ging unterstützt nur etwa eine halbe Zimmerlänge mit großer Anstrengung. Dann brach sie zusammen. Alle diese Erscheinungen bestanden seit Jahren, sich allmählich verschlimmernd.

Die Untersuchung ließ eine hochgradige Retroflexio mit breiter Fixation der hinteren Wand, aber ohne anderweitige Komplikation erkennen. Die Ovarien waren nicht zu palpiren.

Versuche, dem Uterus eine nur halbwegs bessere Lage zu geben, misslangen völlig. Anderweitige Behandlung besserte den Zustand eben so wenig in nennenswerthem Grade und so schlug ich nach 8wöchentlicher Beobachtung der Kranken um so mehr die Operation vor, als Pat. nach einigen Monaten wieder in entfernte Gegenden zu reisen genöthigt war, wo sie jedes sachverständigen Rathes entbehrt.

Nach weiter Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich, um den am Boden des Cavum Dougl. breit adhärenten Uterus zu lösen, das Herauspacken der Gedärme nöthig.

Auch jetzt, nachdem das Operationsterrain dem Auge völlig bloßgelegt war, konnte ich die Lösung der festen Adhäsionen mit der Hand nicht ohne Gefahr der Zerreißung des Rectum bewerkstelligen und griff desshalb zur Cooper'schen Schere, mit welcher sich die festen Stränge unter gehöriger Anspannung leicht und sicher durchschneiden ließen. Nach Befreiung des Uterus und des linken,

ebenfalls in Adhäsionen eingebetteten, Ovarium geschah die Annähung der Cornua uteri auf die geschilderte Art mittels Silkwormgut.

Ich exstirpirte aber dann in diesem Falle noch beide, übrigens nicht pathologisch veränderte Ovarien, weil die Funktion derselben jedenfalls überflüssig war und man sich auch sagen musste, dass die Herbeiführung der Amenorrhoe das Resultat der Operation nur vollkommener gestalten konnte. Die Kastration war aber nicht der Zweck der Operation gewesen, sondern wurde erst unter derselben beschlossen und hinzugefügt.

Die Operation hatte nach beendeter Bauchnaht genau 1 Stunde gedauert. Den größten Theil der Zeit hatte die Lösung des Uterus vom Rectum in Anspruch genommen.

Bis jetzt kann ich über den Effekt der Operation nur sagen, dass Pat. 4 Wochen nach derselben in wesentlich gebessertem Zustande die Klinik verließ und bald Märsche von 20 Minuten und mehr ausführte. Der Fundus uteri war 6 Wochen post oper. dicht den Bauchdecken anliegend über der Symph. o. p. zu fühlen.

Der zweite Fall betrifft eine Kranke aus der niederen Volksklasse, welche als 21jähriges Mädchen sich einen Prolapsus uteri zuzog. Geboren hat sie auch jetzt im Alter von 41 Jahren, nach vieljähriger Ehe niemals. Als sie nach etwa 4jährigem Bestehen des Prolaps, 1869 zuerst in unsere Behandlung kam, war der Prolapsus uteri et vaginae in des Wortes engster Bedeutung ein totaler, der Uterus lag vollkommen und zwar in antevertirter Stellung vor den Genitalien.

Alles was von jetzt ab bis zum Jahre 1879 gegen den Prolaps geschah, erwies sich als höchstens von vorübergehendem Erfolg, alle möglichen Pessare von gar keinem oder nur kurz dauerndem. Im Jahre 1873 wurde die doppelseitige Kolporaphie ausgeführt, deren Erfolg ein halbes Jahr später gleich Null war. 1878 entschloss ich mich bei der anhaltend kinderlos gebliebenen Kranken zu einer queren Obliteration der Scheide. Beiderseits wurde je eine kleine, für eine dünne Uterussonde noch eben durchgängige Öffnung gelassen. Die in der Mitte hergestellte Scheidenwand von etwa 2,5 cm Höhe erschien bei Entlassung der Pat. so außerordentlich fest, dass ich den Vorfall für immer beseitigt glaubte. Als Pat. dann nach Jahresfrist wiederkam, war der Vorfall wiederum ein totaler und von der Narbe der festen, wieder aus einander gewichenen Brücke waren kaum noch Spuren erkennbar.

Pat. kam jetzt erst in diesem Jahre wieder und ging nun bereitwilligst auf den Vorschlag ein mittels Laparotomie eine Radikalheilung zu versuchen. Der Vorfall war auch jetzt wieder ein totaler.

Die Operation hatte keine Schwierigkeiten. Es gelang ohne Herausnahme der Gedärme leicht den Fundus frei zu machen. Die Wurzel jedes Lig. rot. wurde mittels zweier Silkwormgut-Fäden breit an die Bauchdecken angenäht. Die ganze Operation inklusive der Bauchnaht dauerte nur etwa 22 Minuten.

Leider ist in diesem Falle, wie ich schon jetzt weiß, ein Erfolg nicht erzielt worden. Vielleicht hat Pat. das Bett zu früh verlassen. Jedenfalls ist der Prolaps wiedergekehrt. Und dieser Fall besonders bestimmt mich in Zukunft dicken Silberdraht zu wählen, der nicht reißen kann und dadurch schon den Erfolg sichern wird.

Ohne alle Fälle verfolgen gekonnt zu haben, kann ich aber doch sagen, dass in einem Falle, in welchem bei Tumor ovarii einer älteren Frau ein großer Prolapsus bestand, welcher auf die gleiche Weise, jedoch mit Seidennaht, behandelt wurde, noch $1^1/_2$ Jahre nach der Operation der Fundus uteri hoch über der Symph. o. p. unmittelbar hinter den Bauchdecken und offenbar in inniger Verbindung mit ihnen zu palpiren war. In einem anderen Falle einer Retroflexio war 10 Monate nachdem ich gelegentlich der Kastration das linke Lig. rotund. mit Katgut an die Bauchdecken genäht hatte, der Uterus noch genau in der ihm hierdurch gegebenen Lage geblieben.

Ich bin mir nun wohl bewusst, m. H., dass ein derartiges Vorgehen gegen bloße Lageanomalien des Uterus einer Rechtfertigung bedarf und dass das Beispiel einer zu solchem Zweck ausschließlich unternommenen Laparotomie auch

schlimme Folgen haben kann. Ich habe desshalb auch lange gezögert, bevor ich zu der ersten derartigen Operation schritt. Die Idee und Absicht dazu hatte ich seit Jahren; doch wollte ich nur da operiren, wo der Fall ohne Operation aussichtslos erschien.

Im Jahre 1877 machte Koeberlé wegen Retroflexio uteri die Laparotomie, schnitt beide gesunden Ovarien fort und heilte die Stielgebilde derselben in die Bauchwunde ein. So wenig man damals einem derartigen Vorgehen beistimmen konnte, weil der glückliche Ausgang einer Laparotomie damals noch nicht in unserer Hand lag, so ist doch heute die Sachlage schon eine andere geworden und kann man sagen, dass bei genauer Beobachtung der antiseptischen Prophylaxe eine einfache Laparotomie mit nahezu sicherem Ausschluss nachfolgender Sepsis gemacht werden kann. Zu diesem Ausspruch glaube ich mich berechtigt, nachdem ich seit Juli 1882 bei mehr als 190 auf einander folgenden Ovariotomien keine Operirte mehr an Sepsis verloren habe. Und wie viel einfacher ist nicht die geschilderte Operation gegen Prolapsus uteri als die meisten Ovariotomien sind.

In dem mitgetheilten Falle von Prolapsus uteri konnte neben der ventralen Fixation des Uterus auch die vaginale Exstirpation des Uterus nach dem Vorgange P. Müller's in Frage kommen. Ich sagte mir aber, dass nach Exstirpation des Uterus die total prolabirte Scheide auch prolabirt bleiben würde und zog desshalb die Laparotomie vor. Freilich hat mir ein früherer Fall, in welchem ich gelegentlich einer Ovariotomie den prolabirten Uterus mit bleibendem Erfolg an die Bauchdecken genäht hatte, schon gezeigt, dass der Prolapsus vaginae damit nicht immer vollständig beseitigt wird. Trotzdem durch die Operation der Uterus zu erheblicher Elevation gebracht war, bestand wegen der hochgradigen Verlängerung der hinteren Scheidenwand ein geringgradiger Vorfall dieser noch fort. Er konnte aber jetzt durch ein einfaches Pessarium reponirt gehalten werden, was vorher nicht möglich gewesen war.

Man muss noch fragen, ob die Operation der ventralen Fixation des Uterus nicht auch ihre Nachtheile haben und vor Allem die Funktion der Blase beeinträchtigen könne. Nach den geringen bisher von mir gemachten Erfahrungen ist dies durchaus nicht der Fall. Vielmehr wurden mehrere Kranke nachher weit weniger von Harnblasendrang gequält, als dies vor der Operation der Fall gewesen war.

Auch nach dem Einfluss der künstlichen Fixation auf später etwa eintretende Schwangerschaft muss man fragen. Dass hier Abort eintreten kann, ist a priori nicht unwahrscheinlich. Dass er die nothwendige Folge sein muss, wird man nicht behaupten können, da die Erfahrung oft genug zeigt, wie Adhäsionen z. B. bei vorhandener Retroflexio uteri, unter dem Einfluss der Schwangerschaftshyperämie eine ungeahnte Dehnung erfahren können. Immerhin wird es gerathen sein, die Operation wo möglich auf solche Pat. zu beschränken, deren Zustand oder Alter den Eintritt einer Schwangerschaft nicht mehr erwarten lässt.

Überhaupt hebe ich nochmals hervor, dass ich völlig missverstanden sein würde, wenn man glaubte, ich wolle der empfohlenen Operation eine größere Ausdehnung geben. Nur in sehr vereinzelten und sonst trostlosen Krankheitsfällen von adhärenter Retroflexio oder Prolapsus glaube ich, dass die Operation am Platze sein kann.

Da aber ist sie gewiss, obgleich immer ein erheblicher Eingriff, eben so berechtigt wie die Kastration, die bei Leiden mit ähnlichen Folgen für die Kranken so ungemein häufig unternommen wird. Eine Verbesserung der Technik unserer Operation ist noch zu hoffen und wird zur Sicherung des Erfolges dann auch beitragen.

---

(Aus der geburtsh.-gynäkol. Klinik des Herrn Prof. Slavjansky zu St. Petersburg.)

# III. Zur Ätiologie des Cephalhaematoma neonatorum.

Von

**G. Runge, Assistenzarzt.**

Die seitens des Kindesschädels als prädisponirend für die Bildung eines Kephalhämatom bezeichneten pathologischen Erscheinungen haben sich alle nicht als genügend erwiesen, um die Bildung eines solchen zu erklären, ohne den Geburtsakt dazu hinzuzuziehen. Die von den meisten Autoren dieses Jahrhunderts bis zu Valleix gänzlich geleugnete Theilnahme des Geburtsaktes wurde von letzterem wieder zu Ehren gebracht, indem er nachwies, dass der lange Stand des Schädels im Beckeneingang, verbunden mit dem Drucke der Muttermundslippen als Hauptmomente in dieser Beziehung zu gelten haben. Das häufige Vorkommen der Kopfblutgeschwulst am rechten Scheitelbein und das Prävaliren der Ipara sprachen wohl augenscheinlich sehr für eine solche Annahme, dagegen konnte die Bildung einer solchen bei Steißgeburten und auf den bei der Geburt nach hinten, dem Promontorium zugekehrten Scheitelbeinen als wichtiger Gegenbeweis angesprochen werden. Der fühlbaren Einseitigkeit von Valleix' Ansicht in dieser Frage wurde endlich durch die theoretische Grundlage abgeholfen, welche Prof. Fritsch (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1875) der Bildung des Kephalhämatoms in und durch den Geburtsvorgang gab und welche nicht den Eingang des Geburtskanals allein, sondern die Schädlichkeiten, die sich im ganzen Geburtskanal durch die innige Beziehung der Kopfwandungen zur Scheide entwickeln, zur Verantwortung ziehend, somit die Antheilnahme des Geburtsaktes an der Bildung des Kephalhämatoms genügend erschöpfend behandelt. Wir erlauben uns an dieser Stelle einen Fall der Öffentlichkeit zu übergeben, der seiner Exklusivität wegen nicht nur dazu angethan ist, oben genannte Theorie praktisch zu begründen, sondern uns auch gestattet, aus dieser Theorie heraus einige weitere Ausführungen zu machen. Der Fall ist folgender:

Frau K., 31 Jahre alt, trat in die Klinik ein, zum 6. Male schwanger; die letzte Geburt 1880; 1882 wurde ihr in der Klinik wegen mit Endometritis verbundener Laceration der Vaginalportion mit gleichzeitiger Existenz eines Dammrisses die Hysterotrachelorrhaphie nach Emmet gemacht, auf welche eine Kolpoperineorrhaphie folgte; nach der operativen Behandlung verschwanden die Krankheitssymptome gänzlich; Anfangs 1885 fühlt sich die Kranke schwanger; Schwangerschaft normal, Frau K. tritt im December des Jahres bereits kreißend in die Klinik; Blasensprung zu Hause; seitens des Beckens keine Abnormitäten, der Introitus vaginae eng, der Muttermund glatt und gespannt, wie bei einer Ipara; zwischen genannten Endpunkten eine weite, dehnbare Scheide; Kind in 1. Scheitellage; bis zum völligen Verstreichen des Muttermundes Geburtsdauer 10 Stunden 30 Minuten; heftige Wehen, erlahmen nach völliger Eröffnung des Muttermundes ungefähr 5 Minuten, treiben dann in einem neuen Anprall den keine weiteren Hindernisse vorfindenden Schädel mit kaum messbarer Geschwindigkeit durch den Beckenkanal, um ihn dann in dem engen, gespannten Introitus fest einzukeilen; Geburt des Kindes 14 Minuten; Kind männlichen Geschlechts, Länge 52 cm, Gewicht 3600 g; größter Kopfdurchmesser 13, größter Umfang 40. 36 Stunden nach der Geburt zwei Geschwülste bemerkbar, auf dem rechten Scheitelbein von 7—4 cm, auf dem linken von 2—3 cm. Diagnose: Cephalhaematoma externum duplex, Behandlung exspektativ; Kind und Mutter wohlbehalten.

Wir hatten es im gegebenen Falle mit einem Geburtskanal zu thun, welcher die Besonderheiten einer I- und Multiparen zu fast gleichen Theilen in sich vereinigte; der auf den vorliegenden Schädel seitens des Muttermundes ausgeübte Druck war bedeutend, wenn auch nur von kurzer Dauer: die darauf folgende, schnelle fortschreitende Bewegung des Schädels wurde von dem Introitus aufgehalten, der ihm wieder einen mächtigen Widerstand entgegensetzte. Die rapide,

vorschreitende Bewegung kann nach Fritsch leicht in eine Reihe von Phasen zerlegt werden: Das war kein einheitliches Vorwärtsschreiten des Schädels von oben nach unten und in einem Zuge, sondern ein abwechselndes Vor- und Rückwärtsschreiten desselben, wobei nur bei der Energie der auf den Schädel einwirkenden Kraft die Pausen zwischen genannten wechselnden Bewegungen äußerst kurz und kaum messbar erschienen. Durch diese mit der Energie der einwirkenden Kraft in direktem Verhältnis stehende Schnelligkeit genannter Wechselbewegung wird nun, meiner Ansicht nach, einer Faltenbildung der weichen Schädeltheile mit endgültiger Loslösung des Periosts von dem Knochen ein nicht zu unterschätzender Vorschub geleistet. Es ist bekannt, dass bei Einwirkung einer Kraft auf den zu bewegenden Körper, ein Theil dieser Kraft in dem Kampfe mit dem Widerstande, den der Körper derselben entgegensetzt, latent zu Grunde geht, und dass nur der aus diesem Kampfe als Sieger hervorgehende Theil sich auslöst in Form der Bewegung. In Anbetracht der Komplicirtheit der dem Geburtsakt entspringenden Verhältnisse, dürften wir aber nicht allzusehr gegen die Gesetze der Physik sündigen, wenn wir, die einwirkende Kraft als solche gänzlich außer Acht lassend, den aus derselben als Bewegung ausgelösten Theil als selbständige Größe betrachten; mit Zuhilfenahme eines solchen Kompromisses können wir nun folgenden Satz aufstellen:

»Die Möglichkeit der Faltenbildung, folglich auch eines Kephalhämatoms entwickelt sich in dem Augenblick, wenn der Schnelligkeit der Bewegung seitens der Widerstandskraft der Scheidewand und der Schädelweichtheile nicht das genügende Gleichgewicht gehalten wird, oder, anders ausgedrückt, ist die Möglichkeit der Bildung eines Kephalhämatoms der Schnelligkeit, mit welcher sich die Scheidewand und der Schädel in diametral zuwiderlaufender Richtung vorwärts bewegen, direkt proportional«.

Außer dem oben Gesagten mussten im gegebenen Falle auf die Bildung eines Kephalhämatoms auch die Schwankungen des Blutdruckes in den Gefäßen der Schädelweichtheile einen günstigen Einfluss haben, die durch die Besonderheiten des Geburtsaktes nothwendig eintreten mussten. Der durch den starken Druck des Muttermundes in einem Theile des Schädels bedingte erschwerte Abfluss des Blutes durch die Venen der Schädelkapsel hatte natürlich einen erhöhten Blutdruck in den Kapillaren und kleinen Arterien zur Folge; das nachherige plötzliche Freiwerden mit schnell folgender neuer Kompression musste eine Stärke der Blutwallung hervorrufen, der manches Gefäß aus diesem oder jenem Grunde nicht gewachsen sein konnte; in Folge dessen kam außer der primären Loslösung des Periosts noch eine sekundäre zu Stande, durch den Andrang des den primär zerrissenen Gefäßen entströmenden Blutes. Zum Schlusse wollen wir nur noch notiren, dass die in der Litteratur so häufig vorzufindende Bemerkung, dass die Kopfblutgeschwulst meist nach leichten Geburten vorzukommen pflege, absolut für uns keinen Werth hat; wir brauchen eine Reihe gut beobachteter Geburtsfälle, um der Lösung einer so schwierigen Frage näher zu treten; dem verführerischen Beispiele folgend, hätten wir ja unseren Geburtsfall auch mit ruhigem Gewissen zu den »leichten« zählen können, wären aber dabei schwerlich weiter gekommen; das Ungenügende einer so kurzen, aber gang und gäben Definition fühlte schon Valleix, wenn er sagte: il fallait citer non des accouchements façiles, mais des accouchements brusques!

---

## 1) **Berry Hart** (Edinburg). Über die Natur und Ursache der inneren Rotationsbewegung.

(Edinb. med. journ. 1886. Mai.)

Verf. setzt als Veranlassung seiner Arbeit die Ansicht voraus, dass man die innere Rotation, d. h. das nach Vorntreten des zuerst den Beckenboden erreichenden Kindestheils bisher lediglich der Gestaltveränderung und den sog. schiefen Flächen des knöchernen

Beckens zugeschrieben hätte. Diese Voraussetzung trifft indessen, wie Verf. auch andeutet, für die deutschen Lehrbücher und die in denselben niedergelegte Lehre von den Bewegungen des kindlichen Kopfes in der That nicht zu.

Verf. geht so weit, den knöchernen Theilen des Beckenausgangs überhaupt jeden Einfluss auf diese Rotationsbewegung des vorangehenden Kindstheiles abzusprechen. Der Kopf werde diesen Widerständen gegenüber sich wohl förmlich accommodiren, aber nicht nothwendigerweise drehen; noch mehr gelte dies von dem Steiß, oder, in jenen seltenen Fällen, von der Schulter.

Das Ergebnis seiner Schlussfolgerungen im Allgemeinen fasst Verf. in folgenden 3 Sätzen zusammen: die zuerst den rechten oder linken Theil der hinteren muskulösen Beckenbodenhälfte treffende Partie des kindlichen Kopfes oder Rumpfes wird durch diesen Theil des Beckenbodens nach vorn und nach der anderen Seite der Frau hin rotirt. Zweitens wird überhaupt niemals irgend welcher Theil des Fötus direkt in die Kreuzbeinhöhle hineinrotirt. Der Eintritt des Hinterhaupts z. B. in die Kreuzbeinhöhle sei nur die unvermeidliche Folge vom Nachvornrotiren der Stirn. Verf. glaubt, dass eine solche Anschauungsweise das Bild jener inneren Rotationsbewegung wesentlich vereinfache. Drittens lasse sich die Richtung der Rotation im einzelnen Falle (soll wohl besser heißen: die Art des Austritts aus dem Beckenausgang, Ref.) durch Feststellung des am tiefsten stehenden Kindestheils vorherbestimmen. **Zeiss** (Erfurt).

---

## 2) **Lawson Tait** (Birmingham). Die Erkrankungen und die Exstirpation der Uterusadnexa.

(Edinb. med. journ. 1886. März.)

L. T. hatte seine gerade in diesem Theile der Gynäkologie so reichen Erfahrungen zu einem Vortrage vor den Edinburger Fachgenossen zusammengefasst. Die Wiedergabe desselben im Edinb. med. journ. macht auf Ref. nicht den Eindruck einer Vollständigkeit und Genauigkeit, wie man sie bei dem Gewichte der Persönlichkeit und dem Interesse der Sache wünschen möchte.

Zuerst wird die »einfache Entzündung« der Tuben besprochen. Bei der Entstehung derselben geben besonders 3 Momente die häufigeren Entstehungsursachen ab: Erkältung, z. B. bei jungen Virgines intactae mit sog. katarrhalischer Salpingitis; wiederholte Aborte und endlich in erster Reihe gonorrhoische Infektion. T. ist überhaupt geneigt, einen sehr großen Bruchtheil der Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane dieser Ursache zuzuschreiben.

Die Symptome der akuten Erkrankung sind die einer akuten, lokalisirten Peritonitis. Während des weiteren Verlaufs tritt fast stets ein starkes Anteponiren der profus werdenden Menses ein und die damit verbundene Dysmenorrhoe hat den Charakter von einleitenden, 1—2 Tage zuvor einsetzenden rhythmischen, wehenartigen

Schmerzanfällen, die auf Kontraktionen der erkrankten Organe zu beziehen sind.

Gelegentlich der Untersuchung wird hervorgehoben, dass Uterus und Ovarien meist an den Beckenwandungen fixirt gefunden würden. Die Sterilisirung der Frau könne somit nicht mehr als Einwand gegen die Operation ins Feld geführt werden, sie bestehe schon so wie so. Zudem beseitige die Operation die stets vorhandene Dyspareunia.

Hierauf ist kurz die Tubenschwangerschaft, sehr kurz der Verschluss der Tuben behandelt.

Die Behandlung solle bei akuter Salpingitis nur in sofortiger Operation bestehen. Viele gehen beim ersten akuten Anfall zu Grunde. Auch in chronischen Fällen soll, sobald mit Sicherheit die Tube als Sitz der Erkrankung erkannt ist, möglichst sofort operirt werden. Als drohende, ungünstige Ereignisse bei der Operation sind 2 hervorgehoben: 1) Anreißen anderer Organe; zur Verminderung dieser Gefahr Drainage empfohlen. In einem Falle riss T. ein Loch mitten durch das Rectum; er legte ein langes Drainagerohr »mitten durch die Wunde«, und, obgleich wochenlang Koth durch das Rohr abfloss, erfolgte ungestörte Heilung! 2) Blutung; »dieselbe ist oft enorm und beunruhigend. Man packe zunächst das ganze Becken voll Schwämme und warte 15 Minuten. Blutet es dann noch weiter, wasche man die ganze Beckenhöhle mit verdünntem Eisenchlorid aus; vorzuziehen ist aber das Einlegen eines Drains und Anleitung der Wärterin, das sich im Becken sammelnde Blut auszupumpen«. Bei alledem aber wird doch ein möglichst kleiner Bauchschnitt empfohlen.

**Zeiss** (Erfurt).

---

### 3) Jaffé (Frankfurt a. M.). Die Austreibungsperiode in der Geburt und ihre Behandlung.

(Deutsche Medicinalzeitung 1886. No. 52.)

Die Austreibungsperiode beginnt mit der völligen Erweiterung des äußeren Muttermundes und endet mit der völligen Geburt der Frucht. Bei Beginn derselben hat sich der Uterus fest um das Kind geschlossen. Bei tiefstehendem Kopf liegt — nach Jaffé — der Steiß nicht mehr ganz dem Fundus an und entfernt sich immer mehr von demselben. Während der Austreibungsperiode wird das Kind nach vorn bewegt und zugleich gestreckt. So entfernt sich der dem Fundus anliegende Theil immer mehr und der obere Theil des Uterus hat sich über die Frucht zusammengezogen. Der untere Theil des Uterus wird gedehnt und als Kontraktionsring sichtbar. Dieser ist daher eine physiologische Erscheinung und nur bei einseitiger Dehnung ist eine Ruptur zu befürchten. Bei Iparis stellt der rigide Beckenboden dem Austreten einen Widerstand entgegen und der kontrahirende Theil des Uterus hat keine genügende Kraft mehr auf das Kind. Jetzt tritt als gewichtiger Faktor der weiteren Austreibung die Bauchpresse ein. Dieselbe überwindet den Widerstand des Beckenbodens

und treibt den Rumpf aus. Über die Kraft und die Wirkung der zwölf Muskeln, welche die Bauchpresse bilden, hat Lawrentjeff eine Arbeit veröffentlicht. Den Hauptantheil trägt das Zwerchfell.

Desshalb wird man vor Eintritt der Austreibungsperiode das Mitpressen der Kreißenden verbieten. Bei schmerzhaften Wehen in der Austreibungsperiode sind Narkotika indicirt (Morphium subkutan). Um die Thätigkeit der Bauchpresse zu verstärken, folgt man am besten Ahlfeld's Rath, dass man die Kreißende mit gespreizten Schenkeln auf zwei Stühle setzt, deren hintere Füße sich berühren, während die vorderen 30 cm von einander abstehen. In dieser Stellung kann die Bauchpresse den Kopf besser nach unten drängen. Sobald der Kopf in der Vulva erscheint, kommt die Kreißende ins Bett.

Sehr empfiehlt Verf. den Ritgen'schen Handgriff — Eingehen von 1—2 Fingern ins Rectum, um den Kopf langsam über den Damm zu hebeln. Durch diese Maßnahme wird oft die Anlegung der Zange überflüssig. Die Anwendung von Secale in der Austreibungsperiode ist — obwohl sie in letzter Zeit wieder empfohlen wird — zu verwerfen, da der Uterus meist fest kontrahirt ist und das Kind größtentheils in der Vagina liegt. **Heilbrun** (Kassel).

---

## 4) Pajot (Paris). Über Unfruchtbarkeit beim Menschen.

(Annal. de gynécol. 1886. April.)

P. theilt in der vorliegenden Vorlesung seinen Hörern seine Ansichten über Sterilität mit. Er lässt die selteneren Fälle, wie die durch Missbildungen bedingten, unbesprochen und beschränkt sich auf Erörterung der häufigsten Ursachen.

Er bespricht eingehend den Einfluss des Uteruskatarrhs, der Enge des Orificium externum, der Missstaltung der Vaginalportion, der Lageveränderungen des Uterus. Mit besonderer Ausführlichkeit schildert er die Fälle männlicher Sterilität, die er in überaus großer Zahl beobachtet hat. Zum Schluss giebt er therapeutische Rathschläge.

Wenn auch Manches nicht im Einklang mit den zumeist gültigen Anschauungen steht, so gewährt doch die Lektüre des Vortrages, zumal der mitgetheilten Krankengeschichten vieles Interesse. **Skutsch** (Jena).

---

## 5) Pinard. Über frühzeitigen Blasensprung.

(Annal. de gynécol. 1886. Mai.)

P. hat Untersuchungen angestellt, um die Ursachen zu finden für den frühzeitigen Blasensprung, d. i. für die Ruptur vor Eintritt der Wehenthätigkeit. Die bisher zumeist angeführten Gründe (Zerreißlichkeit der Eihäute, Hydramnion, Zwillingsschwangerschaft, velamentale Insertion des Nabelstranges etc.) liegen wohl in einzelnen Fällen vor, können aber keine allgemeine Gültigkeit beanspruchen.

P. untersuchte, durch einige Beobachtungen dazu angeregt, ob eine Beziehung zwischen der Insertion der Placenta im unteren Uterusabschnitt und dem frühzeitigen Blasensprung bestünde. Aus der Beschaffenheit der geborenen Nachgeburt, aus der Stelle des Eihautrisses zog er einen Rückschluss auf den Sitz der Placenta; die Fälle, bei denen die Eihäute weit eingerissen waren, wurden ausgeschaltet. P. wählte diese Untersuchungsmethode, obwohl er sich der Fehlerquellen derselben bewusst war, weil er ein anderes Mittel, den Sitz der Placenta sicherer ausfindig zu machen, nicht gefunden hatte. (Die digitale Austastung der Uterushöhle unmittelbar nach der Geburt hätte sicheren Aufschluss geben können. Ref.)

Es wurden an 1394 Nachgeburten Messungen angestellt; bei den 1394 Geburten war 147mal der Blasensprung vor Eintritt der Wehenthätigkeit erfolgt. Diese auffallend große Zahl erklärt sich daraus, dass die Kreißenden beim Eintritt in die Klinik sofort untersucht und falls normale Verhältnisse vorliegen, an Hebammen verwiesen werden; nur diejenigen, bei welchen der Befund Anomalien ergiebt, also auch alle mit frühzeitigem Blasensprung, werden zurückbehalten.

Unter den 147 Fällen war in 105 Fällen die Placenta nur 0—10 cm vom Orificium entfernt. Die 147 Fälle betrafen 54 Ipara, 93 Multipara, 72 frühzeitige, 75 rechtzeitige Geburten; 127 waren Schädellagen, 1 Gesichtslage, 1 Querlage, 18 Beckenendlagen, unter letzteren bot die Hälfte der Fälle tiefen Sitz der Placenta. Unter den 1394 Geburten fanden sich ferner 245 Fälle von tiefem Sitz der Placenta, ohne dass frühzeitiger Blasensprung eintrat; bei diesen 245 Fällen waren 95 Frühgeburten, 79 betrafen Iparae, 166 Multiparae. P. zieht aus den Beobachtungen folgende Schlüsse:

1) Der tiefe Sitz der Placenta ist sehr häufig (392mal unter 1394 Fällen); bei Mehrgebärenden häufiger als bei Erstgebärenden (259 Multiparae, 133 Iparae).

2) Der frühzeitige Blasensprung ist häufig veranlasst durch tiefen Sitz der Placenta.

3) Frühgeburt ist oft veranlasst durch tiefen Sitz der Placenta (unter 392 Geburten waren 167 frühzeitige).

Den Grund für den frühzeitigen Blasensprung bei tiefem Sitz der Placenta sieht P. in der erheblichen Dehnung des von der Placenta nicht eingenommenen Theiles des unteren Uterusabschnittes; der von der Placenta eingenommene Theil könne an der Ausdehnung nicht genügend Theil nehmen, das Chorion erleide eine außergewöhnliche Spannung, seine Elasticität sei hier eine geringere durch den Widerstand der Placenta; in Folge dessen reiße das Chorion und dann das Amnion. Sind dagegen die Eihäute besonders widerständig, so kommt es nicht zum frühzeitigen Eihautriss, sondern zur Lostrennung der Placenta.

Findet der Eihautriss frühzeitig statt, so bleibt Blutung aus; in den Fällen, bei welchen die Blutung das Primäre war, hörte sie bei Längslagen nach dem Blasensprung auf. P. tritt daher bei der Be-

handlung der Placenta praevia für die künstliche, frühzeitige Sprengung der Blase und für Einschränkung der Tamponade ein; er theilt mehrere diesbezügliche Geburtsgeschichten mit. Alle angeführten Fälle betreffen jedoch Placenta praevia lateralis. P. hat überhaupt trotz ausgedehnter geburtshilflicher Thätigkeit keine Placenta praevia centralis beobachtet; unter 6960 Geburten seiner Klinik (Lariboisière) kam 26mal Placenta praevia vor, welche sämmtlich laterales waren.

**Skutsch** (Jena).

---

## Kasuistik.

6) **C. Hegner.** Ist die Wendung bei Beckenenge ein allgemein zu empfehlendes Verfahren?

Inaug.-Diss., Zürich, 1881.

Bis vor einem Decennium ist man durch eine hundertjährige Erfahrung in der Wahl zwischen Wendung und Zange bei Beckenenge zu einem gewissen Abschluss gekommen. In den letzten 10 Jahren ist von verschiedener Seite an diesen Grundsätzen gerüttelt worden, und an die Stelle der mehr exspektativen Methode wurde die prophylaktische Wendung gesetzt. Verf. glaubt mit Unrecht. Besonders seit die Beckenmessung Allgemeingut der Geburtshelfer geworden, huldigten die Bekanntesten im Allgemeinen der Ansicht, dass man bei Beckenenge mittleren Grades sich exspektativ verhalten solle, wo dies nicht ausreicht, zur Zange, zuletzt zur Perforation schreiten solle. Prophylaktische Wendung bei Beckenenge komme nur in Betracht bei Schröder, der seine Behauptung dadurch stützt: da man bei verstrichenem Muttermund und Beckenenge nie genau wissen kann, wie groß das geburtshilfliche Trauma für die Mutter wird, so ist es geboten, da das Kind dieselben Chancen hat wie bei einer gewöhnlichen Geburt, die Mutter aber jedenfalls leichter wegkommt, die Wendung und Extraktion zu machen.

Um ein Urtheil in dieser Angelegenheit zu bekommen, gehört neben einer exakten Würdigung der Beckenmaße eine genaue Kenntnis der Einstellung des Schädels und Taxirung des Schädels zu den räumlichen Verhältnissen des Beckens. Prof. Frankenhäuser räth an, den über dem Eingang stehenden Kopf mit der einen Hand dem explorirenden Finger entgegenzudrücken. Gelingt es, den Schädel auch nur vorübergehend ins Becken hineinzudrängen, so darf man annehmen, dass der Kopf durch gute Wehen ins Becken hereingetrieben wird. Promimirt er hingegen stark über der Symphyse, so geht er meist nicht durch. In dem ersten Falle soll man die Schädellagen bestehen lassen; aber wenn Gefahren für das Kind oder die Mutter auftreten, soll man sich nicht an das exspektative Verfahren klammern, sondern, wenn die Zange nicht passt, die Wendung ausführen.

Von Juli 1872 bis Ende 1877 wurden bei 1226 Geburten 101 Zangenoperationen ausgeführt. Davon fallen 24 Zangen auf 125 Geburten bei 117 verengten Becken. Bei 51 allgemeinverengten Becken verliefen bis auf eine Conjugata diagonalis von 9 cm die Geburten spontan bei 66,6%, bei 37 rachitischen Becken bis auf eine Conj. diag. von $9\frac{1}{2}$ cm = 70,2%, bei einfach platten Becken bis auf eine Conj. diag. von $9\frac{1}{2}$ cm = 72,4%. Es folgen tabellarisch die Krankengeschichten der 117 engen Becken mit 125 Geburten. Operationen wurden ausgeführt bei den allgemeinverengten Becken: Zangen 26,9%, Wendung und Extraktion 1,9%, Perforation 1,9%. Beim rachitischen Becken 11,6% Wendung und Extraktion, Steißextraktion 4,7%, Perforation 7% (künstliche Frühgeburt 14%). Beim platten Becken: Zangen 13,3%, Wendung und Extraktion 6,7%, Extraktion bei Beckenendlage 3,3%, Perforation 3,3% (künstliche Frühgeburt 6,7%). Von diesen 117 Frauen mit engen Becken bei 125 Geburten starben 5 = 4%. Kinder kamen 18 todt zur Welt = 14,2%, wovon 4 perforirt und 3 auf Wendung und Extraktion und 1 auf Extraktion bei Beckenendlage fallen. Es folgt nun eine Zusammen-

stellung von Operationen und deren Resultate bei Beckenenge anderer Autoren, die nach verschiedenen Grundsätzen verfuhren (Klinik für Geburtskunde und Gynäkologie von Chiari, Braun und Späth; Boivin; Lachapelle; Straßburger Klinik; Hecker und Buhl). Zum Schlusse hebt Verf. die günstigen Resultate der exspektativen Methode bei Beckenenge hervor, wie sie unter der Leitung des Herrn Prof. Frankenhäuser an der Züricher Klinik geübt wird. Diese Erfolge sind jedenfalls für die Mütter nicht schlechter, für die Kinder auffallend besser gegenüber der prophylaktischen Wendung bei Beckenenge.

**Debrunner** (Frauenfeld, Schweiz).

### 7) F. Ribniker. Beiträge zur Retroflexio uteri gravidi mit besonderer Berücksichtigung der dabei auftretenden Blasenerkrankungen.

Inaug.-Diss., Zürich, 1882.

Die ersten Beobachtungen stammen aus dem 17. Jahrhundert. 1771 gelang J. Hooper zum ersten Male die Reposition. Hunter's Ansicht, dass die überfüllte Blase den Uterus nach hinten dränge und so das ätiologische Moment der Retroflexion bilde, ist schon längst durch klinische Beobachtung und Experimente widerlegt. Am häufigsten entsteht die Affektion durch Schwängerung in einem primär retroflektirten Uterus. Doch kann sich auch das normal gelagerte schwangere Organ durch rasche und starke Vermehrung des intraabdominellen Druckes, durch Fall, Sturz, in den ersten Schwangerschaftsmonaten plötzlich in eine nach hinten überneigte Lage begeben. In Bezug auf das Alter findet Verf. nach seinen Fällen wie andere Autoren die späteren Jahre namentlich vertreten, eben so findet er Mehrgebärende weitaus häufiger betroffen als Erstgebärende.

Verf. geht auf die Symptome der Retroflexio uteri gravidi ein und berücksichtigt hauptsächlich diejenigen der Blase. Die Blasensymptome können plötzlich entstehen oder nach und nach, was von den Größenverhältnissen des Uterus zum kleinen Becken und allfälliger Fixation abhängt. Neunmal von den 22 an hiesiger Klinik beobachteten Fällen trat plötzlich Urinretention ein. Diese kommt nicht durch Druck des Cervix gegen die Symphyse, sondern nach Prof. Frankenhäuser kommt es durch Verzerrung der Harnröhre in ihrer Längsrichtung zu einem querspaltigen Verschluss derselben, ähnlich dem Verschluss beim Auseinanderziehen eines Gummirohrs. Diese Erklärung steht auch mit der öfters beobachteten Ischuria paradoxa eher im Einklang als die Annahme einer Druckwirkung. Von großer Wichtigkeit für den Verlauf ist die Komplikation mit Cystitis. Diese beobachtet man von der einfach katarrhalischen Cystitis, der hämorrhagischen, der eitrigen, bis zur nekrotisirenden (nicht diphtheritischen) Cystitis und Pericystitis mit gangränöser Abstoßung der Schleimhaut, der Muscularis, Perforation der Blase. Die meisten tödlichen Ausgänge bei der Rückwärtsbeugung der schwangeren Gebärmutter hängen von den cystitischen, pericystischen Erkrankungen ab. Prof. Frankenhäuser beobachtete 1875 einen Fall, der bis jetzt einzig dasteht, wo sämmtliche Häute der Blase mit Peritoneum zur Sequestration kamen. Eine 39jährige Frau, die 6mal spontan geboren hatte, bekam, nachdem die Regel 3mal sistirte, Harnretention. Pat. wurde täglich katheterisirt und kam 14 Tage nach Beginn der Erkrankung, da der Zustand immer schlimmer wurde, in die Klinik. Die bis zum Nabel reichende Blase wurde von dem dunkelrothen, eitrigen, stark übelriechenden Urin entledigt und der schwangere Uterus in Knie-Ellbogenlage reponirt. Am 3. Tage Abortus. Am 4. Tage präsentirte sich in der äußeren Harnröhrenmündung eine nekrotische Membran, an der Prof. Frankenhäuser ein 23 cm langes, 14 cm breites und 5 mm dickes Blasenwandsegment herauszog, an dem die Schleimhaut zum größten Theil nekrotisch abgestoßen, die Muscularis und das Peritoneum hingegen deutlich zu erkennen waren. Ureterenmündungen waren nicht zu sehen. Lange Zeit bestand Harninkontinenz. Nach und nach bildete sich durch Ausdehnung des oberen Theils der Harnröhre ein neues kleines Blasenlumen, das der Pat. ermöglichte, den Urin für kurze Zeit zu behalten. Verf. kommt auf einen ähnlichen Fall von Madurowicz zu sprechen, der, nach der Mittheilung des beschriebenen Falles durch Prof. Frankenhäuser auf der

Naturforscherversammlung in München darauf aufmerksam gemacht worden war. Den Vorgang erklärt Prof. Frankenhäuser so: Durch Pericystitis wurden die Blasenwandungen mit Ausnahme des Scheitels in ihrer Umgebung adhärent. In Folge dessen invertirte sich der Scheitel der Blase und stieß sich durch Sequestration von den übrigen Theilen ab. Der Verschluss kam durch Granulation zu Stande. Nur so lässt sich ein Ausgang in Heilung denken. Neben Durchbruch der Blase ins Peritoneum mit tödlicher Peritonitis kann der Durchbruch in den Darm, die Vagina und die Bauchdecken erfolgen. Einen letzteren Fall hat Prof. Frankenhäuser beobachtet. Eine 36jährige Zweitgebärende bekam im Wochenbett die Symptome der Ischuria paradoxa, dann vollständige Harnretention. Sie wurde häufig katheterisirt, kam dann in die Klinik, wo 4500 ccm eines stark sedimentirten dunklen Urins entleert wurden, nachher der Uterus normal gelagert. Auf den Bauchdecken unterhalb dem Nabel große Brandblasen, die Haut sehr ödematös, schmerzhaft. Urininfiltration derselben. Tod an urämischen Erscheinungen. Die Sektion ergab eine starke Dilatation der Blase, Verwachsung derselben mit den Bauchdecken, Gangränescenz der Blase gegen die Bauchdecken hin, verjauchte Abscesse in der Umgebung, Metastasen in Nieren und Leber. Spontane Reposition ist nicht selten, Verf. führt 2 Fälle eigener Beobachtung an. Seltener ist der Übergang in partielle Retroflexion, die nicht durch eine sackförmige Ausstülpung der hinteren Wand, sondern aus der totalen Retroflexio uteri gravidi entsteht durch Adhärenz des hinteren Theils des Uterus und Emporsteigen des Übrigen. Die Symptome sind die der totalen, sind jedoch nicht so prägnant und treten erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft auf. Geburtsstörungen werden dabei oft beobachtet. In Folge der Stauungshydrämie bei Retroflexio uteri gravidi und dadurch gesetzte Blutungen in Placenta und Eihäute kann es trotz spontaner oder künstlicher Reposition zu Abortus kommen, sogar zu wiederholten Aborten Veranlassung geben. Die Diagnose ist im Allgemeinen einfach. Schwierig kann sie werden, wenn eine Komplikation mit einem zweiten Beckentumor vorliegt. Verf. führt einen Fall an, wo durch pericystische Auflagerung die Blase so verdickt war, dass sie auch nach der Entleerung als ein voluminöser Tumor imponirte. Wenn die Krankheit früh genug erkannt wird, so ist die Prognose, da man jetzt eine genauere Einsicht in diese Verhältnisse hat, für Mutter und Kind günstig. Die Prognose hängt von den dazu tretenden Blasenerkrankungen ab und ist bei schwerer Erkrankung derselben immer vorsichtig zu stellen. Selten sieht man bei erheblicher Blasenerkrankung die Schwangerschaft weiter gehen. Puncto Therapie gilt als erster Grundsatz die Blase zu entleeren, wozu bei der Längezerrung der Urethra männliche Katheter zu benutzen sind, dann folgt die manuelle Reposition des Uterus in Knie-Ellbogenlage von der Scheide aus, indem der Körper beim Promontorium vorbei in die Höhe geschoben wird. In allen Fällen, wo die Reposition nicht gelingt, räth Verf. zum künstlichen Abort und will nicht nach Martin nur diejenigen Fälle für den künstlichen Abort reserviren, die eine Lebensgefahr für die Mutter involviren. Ist der Abortus nach den bekannten Regeln nicht ausführbar, so ist eine Punktion des Uterus durch das hintere Scheidengewölbe indicirt, eben so, wenn die Katheterisation nicht gelingt, eine Punktion der Harnblase. Zum Schlusse folgen 22 Fälle von Retroflexio uteri gravidi aus der Züricher Klinik. 17 manuelle und 5 Spontanrepositionen. 5mal trat Abort ein. Die Mütter genasen alle. **Debrunner** (Frauenfeld, Schweiz).

### 8) **Wieland.** Vier Fälle von Echinococcus in der Abdominalhöhle.

Inaug.-Diss., Breslau, 1886.

Nachdem Verf. Ätiologie, Anatomie, Diagnose und Therapie des Echinococcus genauer geschildert hat, theilt er 4 Fälle mit, welche in der Breslauer Frauenklinik von Fritsch operirt worden sind.

1) A. D., 31 Jahre, IIIpara, war stets gesund; als Magd kam sie viel mit Hunden in Berührung. Seit 3 Monaten bemerkt sie unter dem linken Rippenbogen eine kugelige Geschwulst, welche unter Schmerzen nach unten und rechts sich vergrößerte. Brennende Schmerzen unter beiderseitigen Rippenbogen, Gefühl von Völle und Schwere im Leib. Obstipation.

Befund: Mittelgroße, gesunde Frau. Das Epigastrium vorgetrieben durch einen Tumor, an welchem Athembewegungen und Herzkontraktionen deutlich sichtbar sind. Dämpfung im Epigastrium links in der Parasternallinie bis 1 Finger breit über Nabelhöhe, rechts 2 Finger darüber; weiter nach rechts geht die Dämpfung in die der Leber über, nach links bis in die Mamillarlinie und nach oben bis in die des Herzens. Tumor ist cystisch, schmerzlos, glattwandig und reicht bis an den Nabel herab. Größter Umfang 77 cm, vom Scrob. bis Nabel 19 cm, vom Nabel bis Symphyse 15 cm. Uterus faustgroß, antevertirt, Douglas und Parametrien frei. Eine Probepunktion fiel negativ aus.

Diagnose: Echinococcus hepatis.

Am 26. Januar 1883 Operation: Schnitt in der linken Parasternallinie, 6 cm lang. Peritoneum mit dem Echinococcussack anscheinend frisch verklebt. Vor Eröffnung des Sackes werden dessen Wand, das Peritoneum und die entsprechende Hautpartie durch Seidennähte vereinigt, dann Spaltung des Sackes, worauf sich ca. $3^1/_2$—4 Liter einer bernsteingelben, klaren Flüssigkeit, mit Chitinmembranen entleert. Drainage, Jodoformgaze, Kompressivverband.

Die Wundhöhle wird 2mal täglich mit Salicyl ausgespült; die Spülflüssigkeit stark gallig, noch einzelne Membranen entfernt, keine Schmerzen. Menses sind eingetreten. An den 2 ersten Tagen Fieber, dann normale Temperatur, es werden 3 Reagensgläser normale Galle aufgefangen. Einige Tage entfärbter, thonfarbener Stuhlgang. Die Wundhöhle verkleinerte sich. Heilung.

2) P. H., früher gesund, klagt über Leibschmerzen und das Gefühl eines Fremdkörpers im Leibe.

Befund: Mittelgroße, gesunde Frau; Vagina weit, Portio cylindrisch. In der hinteren Scheidewand fühlt man einen halbbillardkugelgroßen, harten Tumor.

Incision des Tumors, wobei sich hellgelbe Flüssigkeit entleert; es werden weiße, talgartige Massen und eine weiße, dicke Membran entfernt. Die Wand vernäht. Geheilt entlassen. Untersuchung ergab eine Echinococcusmembran.

3) M. S., 24 Jahre, litt bereits im 8. Jahre an einer Geschwulst, welche vom rechten Schlüsselbein bis zu den mittleren Rippen reichte. Unter mannigfacher Behandlung und nach einer Badekur Heilung. Mit 17 Jahren eine Geschwulst in der Milzgegend, welche sich wieder verzog, als Pat. bei der Arbeit heftige Schmerzen bekam und bettlägerig wurde. Eine neue walnussgroße Geschwulst entstand rechts neben dem Nabel, welche zunahm. Später wurde dieselbe punktirt; es entleerten sich $1^1/_2$ Liter klarer Flüssigkeit. Die Wundränder entzündeten sich, so dass die Heilung 3 Monate dauerte. Ende 1883 eine neue Geschwulst oberhalb der Symphyse, welche keine Beschwerden verursachte. Plötzlich Leibschmerzen, eitriger, stinkender Ausfluss ex vagina; es wurden im Ausfluss Echinococcushaken gefunden. Pat. hielt sich eine Hündin, die sie öfters geküsst hatte.

Befund: Mittelgroße, abgemagerte Person, Abdomen leicht aufgetrieben. Über der Symphyse bis 2 Finger unterhalb des Nabels eine bewegliche, harte Geschwulst; links daneben eine taubeneigroße zweite Geschwulst. Uterus vergrößert. Im hinteren Scheidengewölbe Resistenz. Rechts unten eine Öffnung, durch die eine Membran sich entleert; stinkender Eiter. Temperatur 39,9°.

Diagnose: Echinococcus des Beckenbindegewebes mit Durchbruch in die Scheide.

Therapie: Am 3. Tage nach der Aufnahme abortirte die Pat. mit einem 4wöchentlichen Fötus. Die Perforationsöffnung in der Scheide dilatirt, wobei sich aashaft stinkende Fetzen entleerten. Täglich mit Sublimat resp. Karbol die Höhle ausgespült. Geheilt entlassen.

4) E. A., 44 Jahre, früher stets gesund bis auf eine Pneumonie. Vor 6 Jahren traten nach einem Sturz Schmerzen rechts im Abdomen auf und Pat. bemerkte später einen hühnereigroßen Knoten, welcher allmählich wuchs, ohne Beschwerden zu machen. Der Knoten wurde theils für Ovarialtumor, theils für Wanderniere gehalten. Der Zustand besserte sich und wurde dann wieder schlimmer trotz aller möglichen Behandlung. Auch diese Pat. hatte sich von ihrem Hunde lecken lassen.

Befund: Ikterisch aussehende Frau, Abdomen meteoristisch, schmerzhaft. Rechts und links sind Tumoren zu fühlen, die Fluktuation, aber kein Hydatidenschwirren aufweisen.

Umfang am Nabel 97,5 cm, vom Scrob. bis Nabel 20 cm, vom Nabel bis Symphyse 13,5 cm. Per vaginam ist von einem Tumor nichts zu fühlen.

Diagnose: Echinococcus hepatis, lienis et fasciae transversae.

Therapie: Eröffnung des linksseitigen Tumors und Vernähung des Sackes mit der Bauchwand. Aus den Stichkanälen spritzt die Flüssigkeit hervor, so dass einige Tropfen in die Bauchhöhle gelangen. Incision des Sackes, aus dem sich viel Flüssigkeit entleert; die Höhle, welche nach der Milz hinführt, ausgespült, ausgetupft und mit 10%iger Jodoformgaze ausgestopft. Dasselbe Verfahren rechts. Diese Höhle führt zur Leber und nach dem Douglas hin. Tod am 6. Tage. Bei der Sektion fand sich ein großer Echinococcussack in der Lunge.

**Heilbrun** (Kassel).

## 9) **Theilhaber** (Bamberg). Sarkom des Kreuzbeins als Geburtshindernis.

(Münchner med. Wochenschrift 1886. No. 12.)

Bei der 3. Geburt, welche sich in die Länge zog, aber doch spontan verlaufen war, hatte Verf. schon einen faustgroßen, unbeweglichen, der oberen Hälfte der Vorderfläche des Kreuzbeines aufsitzenden, Tumor nachgewiesen. Bei der 4. Geburt trat plötzlich, ohne dass vorausgegangene schwere Symptome eine bevorstehende Gefahr angedeutet hätten, etwa 7 Stunden nach Beginn der Wehen und 3½ Stunden nach Abfluss des Fruchtwassers, eine Uterusruptur ein, der die Frau (trotz der gleich vorgenommenen leichten Extraktion durch Kraniotomie) 48 Stunden post partum erlag. Der Riss war im Peritoneum 2 cm lang, am Uterus (an der linken Seite des Cervix etwa 3 cm über dem äußeren Muttermund) ½ cm lang. In der Umgebung des Risses in der Größe eines Markstückes war die Cervixwand hochgradig verdünnt, die Substanz fast papierdünn. Das Spindelzellensarkom war mannsfaustgroß, oval, saß unter dem Periost am Körper des 1.—3. Sakralwirbels.

**Liebman** (Triest).

## 10) **Baliva und Serpiero** (Viterbo). Kaiserschnitt an sich selbst ausgeführt.

(3 Briefe an die Redaktion des »Raccoglitore« 1886. April—Mai.)

Eine 25jährige Bäuerin, die ihre Schwangerschaft, deren Ende sie fast erreicht hatte, verheimlichen wollte, schnitt sich mit einem stumpfen Küchenmesser in der Mitte der Regio iliaca dextra Bauch und Uterus auf; die Uterinwunde fiel etwas kürzer als die der Bauchdecken aus. Die Frau extrahirte allein die schwer verletzte Frucht (die nicht geathmet hat) und schnitt ihr den Kopf ab. Sodann verband sie sich den Unterleib mit einer Zirkelbinde, ruhte zwei Stunden aus und ging dann zu Fuß nach Viterbo (½ Kilometer). Daselbst ruhte sie 5 Stunden aus ging dann zu Fuß nach Hause auf dem Lande (wie weit von Viterbo entfernt, ist nicht angegeben). Daselbst angelangt, wurde sie von Schmerzen befallen, fiel in Ohnmacht und bekam häufiges Erbrechen; dadurch verschob sich die Bauchbinde nach aufwärts und es fielen eine große Menge Dünndarmschlingen heraus. Die herbeigeholten zwei Ärzte sahen Pat. 13 Stunden post operationem zum ersten Male. Sie wuschen, reponirten die Därme und nähten die Bauchwunde (wie war der Uterus?). Mit Ausnahme einer leichten Eiterung der Bauchdecken verlief die Heilung ganz ungestört und war am 40. Tage vollkommen erreicht.

**Liebman** (Triest).

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

**Zehnter Jahrgang.**

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 44. Sonnabend, den 30. Oktober. 1886.**



## I. Zur Kasuistik des Foetus amorphus s. anideus.

Von

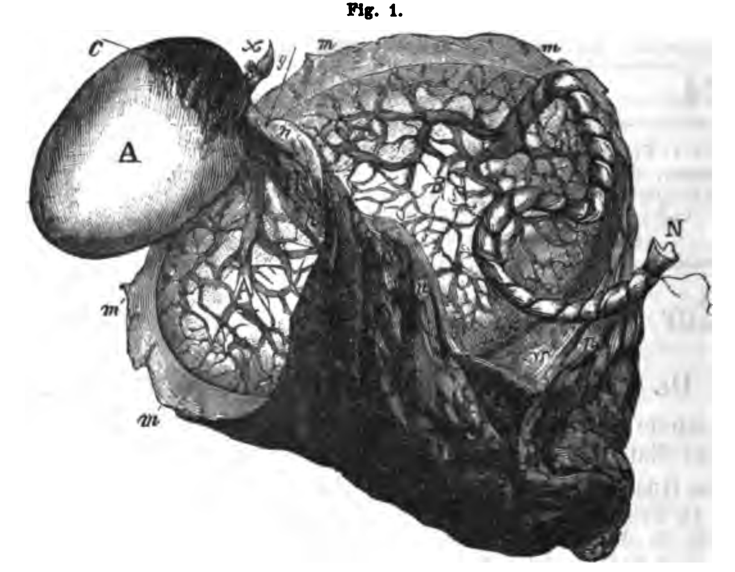
Dr. med. **Franz L. Neugebauer** (jun.) in Warschau.

(Nach einem Vortrage in der ersten Sitzung der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Berlin am 29. September 1886.)

Agnes Hildt, 30jähriges Dienstmädchen, geb. in Dankow im Königreich Polen, kam am 16. Februar 1885 rechtzeitig am Ende ihrer zweiten Schwangerschaft ohne Kunsthilfe in dem unter Leitung der Herrn Kollegen Biegański stehenden 1. städtischen Gebärasyl in Warschau mit einem ausgetragenen lebenden Knaben von 48 cm Länge, 35 cm größtem Schädelumfang und 18 cm Schulterbreite in I. Schädellage nieder. Wehenbeginn am 15. Februar Abends, Blasensprung mit Entleerung von etwa 2 Liter Fruchtwasser am 16. Februar 8 Uhr früh, Geburt des Kindes $8^1/_4$ Uhr, spontane Geburt der Placenta $8^1/_2$ Uhr. Die Hebamme Kotz fand an derselben unter den Eihäuten verborgen ein ihr fremdes Gebilde, »eine Geschwulst«, verborgen und machte Biegański hierauf aufmerksam. Letzterer übergab mir das Präparat zur Untersuchung und fand ich, dass es sich um einen der überaus seltenen Fälle von Foetus amorphus s. anideus handelte, um eine eineiige Zwillingsschwangerschaft mit Untergang des einen Zwillings, welcher seiner Organisation nach entwicklungsgeschichtlich als ein sogenannter Placentar- oder Allantoisparasit des ausgetragenen Kindes aufzufassen ist, als ein Produkt des »intra-uterinen Kampfes ums Dasein«. Das Präparat stellt sich in folgender Weise dar (s. Fig. 1 und 2): Der Fruchtsack des Amorphus enthielt etwa 50 g hellgelben Fruchtwassers. Der Amorphus ist mit der Placenta durch einen 2 cm breiten und etwa 2 cm langen Strang ohne gelatinöse Sulze verbunden. In diesem Strange verläuft eine Arterie von 2—3 mm Durchmesser zu dem rudimentären einkammerigen Herzen des Amorphus und eine Vene von etwa 4 mm Durchmesser, welche direkt in die Körpersubstanz des Amorphus übergeht, so dass also eine eigentliche gewundene Nabelschnur streng genommen nicht vorhanden ist, indem

die beiden Gefäße getrennt verlaufen und zwar die Vene velamentös inserirt. Eine Injektion der Gefäße mit einer erstarrenden Masse ist leider seiner Zeit nicht ausgeführt worden; die Vene war mit dunklem Blut gefüllt, das Herz war leer. Der Amorphus stellt ein Gebilde dar, dem die menschliche Form gänzlich abgeht, so ähnlich, wie **Rokitansky** diese Missbildung charakterisirt: »es ist eine unförmliche Missgeburt, bestehend aus Haut, Bindegewebe, Fett, Knochenrudimenten, einer Gefäßverzweigung mit einem Nabelstrange; meist zugleich mit einem regelmäßigen Zwillinge zugegen, geht sie wahrscheinlich aus einer frühzeitigen Bildungshemmung des Keimes durch jenen Zwilling hervor«. Der Amorphus stellt einen länglich ovoiden, pyriformen, seitlich plattgedrückten Klumpen dar mit normaler Haut und Vernix caseosa bedeckt, mit reichlichem Haarwuchs (bis $2^1/_2$ cm lang) an seiner der Placenta zugeneigten Seite, Schweiß- und Talgdrüsen, einer normalen Epidermis und Cutis und derbem Unterhautzellgewebe. An der in Fig. 1 dem Leser abgewandten Seite befindet sich in einer kleinen Grube ein zipfelförmiger Anhang, aller Wahrscheinlichkeit nach das Rudiment eines unteren Extremitäten-

Fig. 1.



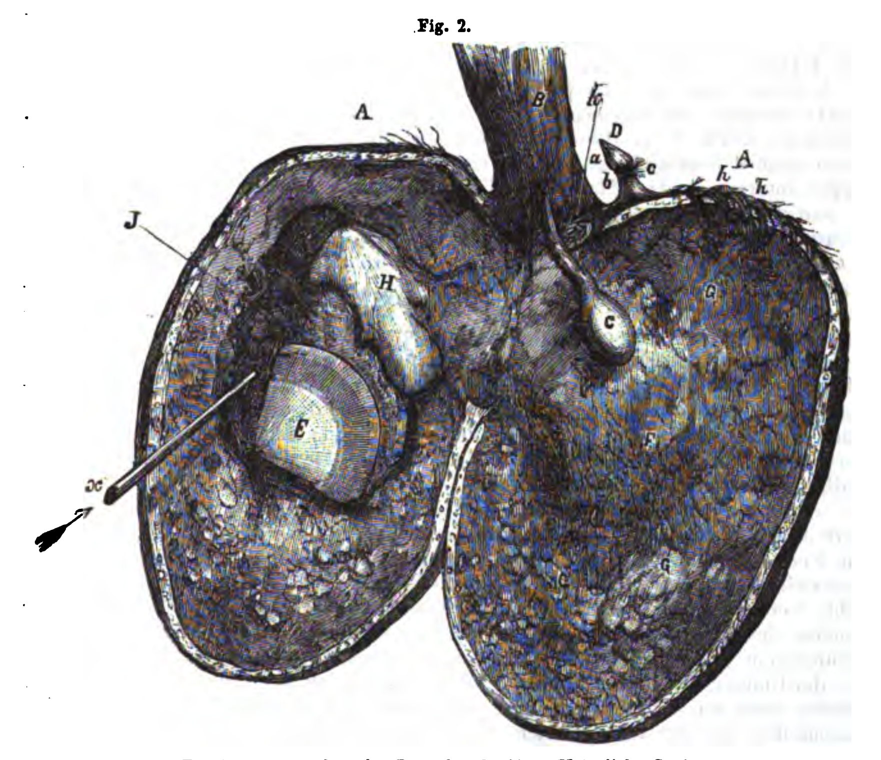

**Placenta einer Zwillingsschwangerschaft mit einem Foetus amorphus s. anideus (Placentar s. Allantois parasit.)** ($^1/_4$ der natürlichen Größe.)

*A* Foetus amorphus; *AB* Placenta mit einfachem Chorion und doppeltem Amnion; *mmmm*, *nnnn* Eihäute; *y* Nabelschnur des Foetus amorphus; *N* Nabelschnur des normal gebildeten Zwillingsbruders; *C* Behaarung des Foetus amorphus.

stumpfes von einigen (2—3) Millimeter Länge, makroskopisch aussehend wie eine pigmentlose Brustwarze, etwaige härtere Theile, wie knöcherne oder knorpelige Rudimente einer Extremität sind in diesem Anhängsel nicht zu fühlen. An der der Placenta zugewandten Basis des ovoiden Amorphus, dicht an der »Nabelschnur«-insertion findet sich ein cylindrischer kleiner penisförmiger Anhang mit einer von einem dunkelrothen Häutchen bedeckten Kuppe (Fig. 2 *a*) und einem Kranz von Härchen um die Basis der letzteren herum (Fig. 2 *b, c*). Es scheint dieses Gebilde seiner Lage nach dem Rudimente eines Kopfes zu entsprechen, obgleich ein strenger Beweis für die Richtigkeit dieser Deutung nicht zu führen ist, es sei denn per exclusionem. Der Amorphus, etwa faustgroß, jetzt in Spiritus konservirt stark geschrumpft, fühlte sich in frischem Zustande an den Randpartien weich, in der Mitte hart und derb an. In der einen Hälfte fand sich nach sagittaler medianer Durchschneidung ein knöchernes Gebilde (Fig. 2 *E*), welches einem Os ilei zu entsprechen scheint mit knöchernem Centralstück und knorpeliger Randzone oder Epiphyse. Dicht daran, in der Abbildung darüber liegt noch ein morphologisch

schwer zu deutendes Knochengebilde von Ringform, welches ich für Rudimente der untersten Lendenwirbel ansprechen möchte. Es wird von einem durch die Sonde in Fig. 2 angedeuteten etwa $1^1/_2$ cm langen und 4 mm breiten Kanal durchsetzt, der an beiden Seiten blind endigt und mit Nervenmasse erfüllt erscheint. Aller Wahrscheinlichkeit nach stellt dieses knöcherne Gebilde das Rudiment des unteren Endes einer Wirbelsäule dar, ähnlich wie es auch Ahlfeld (»Die Missbildungen des Menschen« [mit Atlas]. Leipzig 1880. I. Abschnitt p. 40) für die Anidei beschreibt: »Dem Acardiacus amorphus geht die menschliche Form gänzlich ab. Es fehlen ihm auch in der Regel Spuren der Extremitäten, so dass die ganze Masse einem unförmigen, mit menschlicher Haut überzogenen Klumpen gleicht. Eine kleine Hervorragung, meist mit einem Büschelchen Haare besetzt, deutet die

Fig. 2.




Foetus amorphus im Durchschnitt. (Natürliche Größe.)

*A A* die beiden Hälften der Frucht; *B* ihre Verbindung mit der Placenta; *C* rudimentäres einkammeriges Herz; *D* penisförmiges Rudiment des Kopfes mit Behaarung (*b, c*); *E* rudimentäres Os ilei mit knöchernem Centrum und knorpeligem Epiphysenrande; *F* bindegewebiges Zellgewebe; *G, J* Spuren von Muskelgewebe; *H* Rudimente der untersten Lendenwirbelsäule; *x* Wirbelkanal mit Nervenmasse (eine Sonde zeigt die Verlaufsrichtung des Kanals an); *h h* Behaarung; *k* Venenlumen.

Stelle an, an der sich Kopfrudimente finden, oder wo solche während der Entwicklung einstmals vorhanden waren. Im Inneren sieht man einzelne Knochen mehr oder weniger gut entwickelt, entweder vereinzelt oder im Zusammenhange mit anderen. Besonders häufig werden Rudimente des Beckens mit anhängenden Theilen der Wirbelsäule gefunden etc.«

Eine Verbindung zwischen diesen Knochenrudimenten und dem vorhin als Rudiment eines unteren Extremitätenstumpfes angesprochenen Gebilde ist nicht nachweisbar, wohl aber entspricht die Lage jenes Anhanges einer solchen Deutung. Das Innere des Amorphus, in welchem jenes einkammerige Herz und die erwähnten Knochenrudimente eingelagert sind, besteht wesentlich aus sehr dichtem Bindegewebe und bietet keinerlei Höhle oder cystische Degeneration dar, auch fehlt jede

Spur einer ödematösen, gallertigen Durchtränkung des Gewebes, wie sie öfters beobachtet wurde, wohl aber ist das subkutane Fettgewebe reichlich vertreten.

Obgleich der Foetus amorphus ein rudimentäres Herz enthält, so wurde er doch nicht durch einen eigenen selbständigen Placentarkreislauf ernährt, sondern spielte die Rolle, als sei er ein Theil des Körpers des ausgetragenen Zwillingsbruders, er wurde ernährt durch den Kreislauf des letzteren mit Hilfe der Gefäßanastomosen in der Placenta, in Folge deren der eigene Kreislauf des Amorphus nicht zur Entwicklung gelangte oder richtiger gesagt, aufhörte, zu Grunde ging. Diese Missgeburt gehört ihrem Wesen nach zu der Gruppe der Acardiaci und zwar des Acardiacus amorphus, trotz dessen, dass sich hier ein rudimentäres Herz findet. Ich schließe mich in der Auffassung und Deutung des Wesens und der entwicklungsgeschichtlichen Bedeutung dieses Amorphus vollständig den von Ahlfeld vertretenen Anschauungen an, die sich wesentlich auf die Untersuchungen von Elben, Tiedemann, Meckel, Hempel, Claudius, Gurlt, Dareste u. A. stützen und verweise desshalb auf sein oben genanntes Lehrbuch, und auf Perls' Lehrbuch der allgemeinen Pathologie, II. Theil: Ätiologie der Missbildungen. Stuttgart, 1879. 8. p. 319—322, indem ich diesen Auseinandersetzungen nichts Wesentliches hinzuzufügen habe. Das Präparat ist besonders seiner Seltenheit wegen interessant; Geoffroy St. Hilaire konnte im Jahre 1837 (Hist. générale et particuliere) des anomalies de l'organisation chez l'homme et lés animaux, des monstruosités et son Traité de Tératologie. Bruxelles 1837. T. II p. 379—384) nur 4 einschlägige Fälle anführen und zwar eine Beobachtung beim Kalbe von Ruysch[1] vom Jahre 1750, eine menschliche von Blaud[2] vom Jahre 1781 und 2 Beobachtungen von Gurlt (1832) am Kalbe, welcher Letztere die Amorphi s. Anidei zuerst als besondere Gruppe charakterisirt hatte. Es sind aber auch sonst noch einige Beobachtungen veröffentlicht worden, so von Julius Glaser (»Ein Amorphus globosus« J. D. Gießen 1852. 4. 17 S. mit 1 Tafel), neuerdings von F. Freudenberg (s. F. Freudenberg: »Zur Kasuistik der mehrfachen Schwangerschaft und über den Verlauf der Geburt bei solcher«. Referat: Schmidt's Jahrbücher Jahrgang 1885. Bd. CCV. Leipzig 1885. 8. No. 36. p. 37—44), der bei einer interessanten Drillingsgeburt einen Amorphus fand.

»Die betreffende 36jährige Frau hatte schon 6mal geboren und war seit Ende 1879 wieder schwanger. Am 11. Juni traten Abends Wehen ein. Am 13. wurde die Frau in die Entbindungsanstalt (in Köln) aufgenommen. Die Ausdehnung des Unterleibes war eine übermäßige; Kindestheile konnten nicht deutlich durchgefühlt werden, da der Leib prall gespannt war. Da nach Angabe der Mutter der Umfang des Abdomens erst seit 6 Wochen so zugenommen hatte, lag es nahe, ein Hydramnion anzunehmen. Am nächsten Morgen ging eine große Menge Wasser ab, der Umfang des Uterus blieb aber derselbe. Da plötzlich eine Blutung eintrat, brachte man die Kreißende auf das Querbett; die Gebärmutterhöhle ließ sich ungehindert mit der Hand erreichen. Zwischen Blutgerinnseln ließ sich ein Fuß ergreifen, der sogleich angeschlungen wurde. Ein Extraktionsversuch blieb ohne jeden Erfolg; statt auf das andere Bein zu treffen, gelangte man auf eine geschwulstartige Masse und über dieser auf den Kopf. Mittels scharfen Hakens rückte die eine Hüfte herab und man konnte nun das andere Bein über jene Geschwulstmasse hinüberleiten. Das zuerst ergriffene Bein riss bei Anziehen aus; das nun herausbeförderte Kind war stark ödematös infiltrirt, es wog 1,700 kg. Da die Blutung fortdauerte, ging man wieder mit der Hand ein; die glatte Geschwulstmasse konnte man jedoch nicht festhalten, sie wich nach oben aus und nun stieß man auf einen von einer Blase umschlossenen 2. Fötus. Leicht ließ sich nach Sprengung der Blase das Kind an einem Fuß entwickeln. Das Kind, ein lebendes Mädchen, wog 1 kg und starb nach einiger Zeit; es war sehr atrophisch. Die Herausbeförderung der glatten Masse gelang endlich nach vieler Mühe;

[1] Ruysch, Thesaurus Anat. sextus. No. XXV Tab. VI.

[2] Blaud, Philosoph. Transact. T. LXXI. 1781. p. 363. »Some calcul of the number of ouid or deaths which happen in cously of parturition.«

dieselbe war ein rudimentärer Fötus. Die Placenta musste ebenfalls manuell entfernt werden.« .. »Die ganze Masse wog 2 kg. Die normale Placenta gehörte dem lebenden Kinde an, die andere stark ödematöse Placentarmasse den anderen beiden Fötus. Der Amorphus wog 1,900 kg; er war mit normaler Cutis umkleidet, außer an einer Stelle, wo die Placenta aufsaß, eine Nabelschnur fehlte ganz. Der Amorphus war von sehr niedrigem Entwicklungsgrade, nicht einmal die Extremitäten waren entwickelt, noch am deutlichsten zeigte sich das Manubrium sterni entwickelt, die Claviculae waren angedeutet, der abgeschnürte Theil war Hirnmasse, von mehreren Häuten umschlossen. Ein Zusammenhang zwischen Hydramnios und Amorphus konnte nicht angenommen werden, da ersterer erst in der letzten Zeit der Schwangerschaft entstand. Ein Herz wurde bei dem Amorphus nicht gefunden und so wurde derselbe vom Mutterkuchen aus gleich einer Geschwulst mit Nahrungsmaterial versorgt. Sitz des Hydramnios war, wie die weitere Untersuchung ergab, die die ödematöse Placenta sammt dem Amorphus und dem ödematösen Fötus umschließende Blase.«

Die Beobachtung von Clarke, der nach einem gesunden Kinde eine ovale, auf beiden Seiten plattgedrückte Masse geboren werden sah, dürfte auch hierher gehören (s. J. Meckel's Handbuch der pathologischen Anatomie. Leipzig 1812. I. Bd. p. 142), eben so eine weitere Reihe von Fällen, welche am angeführten Orte von Meckel citirt werden, so wie die von Ahlfeld (l. c. p. 41) angeführten neueren Beobachtungen von Calevi, Elb u. A. Geoffroy St. Hilaire führte 1832, wie oben gesagt war, 4 Fälle (darunter nur 1 menschlichen) an, Ahlfeld erwähnt 1880 im Ganzen nur 9 Fälle; diese Art Missbildung ist also zu den seltensten Entwicklungshemmungen zu zählen. Ich glaube, die Zahl der einschlägigen Beobachtungen würde vermuthlich eine größere sein, wenn Arzt oder Hebamme bei jeder Geburt die Placenta einer Betrachtung unterwerfen wollten, was in praxi nicht immer zu geschehen pflegt. Nur »Wer suchet, der findet«, d. h. oft genug mögen derartige für so überaus selten geltende Missgeburten unbemerkt bleiben, weil die Placenta gar nicht oder nur oberflächlich betrachtet und untersucht wurde. Bezüglich der geburtshilflich praktischen Bedeutung dürfte der Foetus amorphus selten ein aktives Einschreiten der Kunsthilfe verlangen, immerhin kommt dies vor, wie aus der obigen interessanten Geburtsgeschichte von Freudenberg hervorgeht. Auch A. F. Hohl erzählt einen bemerkenswerthen Fall dieser Art, den zu kennen unter Umständen nützlich sein kann. (»Die Geburten missgestalteter, kranker und todter Kinder.« Halle 1850. 8. p. 146, 184—185.) Es heißt daselbst p. 136:

»a) Acormus, b) Amorphus. Wir haben von beiden Arten 4 Fälle mit den Bemerkungen gefunden, dass diese Monstrositäten dem gesunden Kinde bald, in einem Falle erst am dritten Tage, folgten, ohne Kunsthilfe ausgestoßen wurden und die Mütter gesund blieben. Die rohe Masse wurde durch starke Wehen ausgestoßen und folgte ohne bedeutende Blutung.« Pag. 184—185 heißt es l. c. bezüglich der Therapie:

»a) Acormus, b) Amorphus: So selten auch dergleichen Missbildungen vorkommen, so muss doch der Geburtshelfer sie kennen, da sie zu Störungen nach der Geburt führen, Blutungen, Wehen etc. bewirken können, jene nicht zu heben sind, so lange der Acormus im Uterus sich befindet, und die Wehen, für Nachgeburtswehen gehalten, fehlerhaft unterdrückt werden können. In dem von Paullitzky mitgetheilten Falle war die Nachgeburt dem Kinde gefolgt und der Unterleib nicht auffallend ausgedehnt. Gegen Mittag des folgenden Tages stellten sich heftige, wehenartige Schmerzen ein, wobei der Uterus kugelartig hart wurde. Gegen diese Nachwehen, wofür sie gehalten wurden, wurde eine Ölemulsion mit Laudanum, Injektionen etc. verordnet. Die Schmerzen verschwanden größtentheils, kehrten aber am nächsten Abende heftiger wieder und stießen den Acormus aus. In einem anderen Falle folgte die Ausstoßung 1/4 Stunde nach dem gesunden Kinde. Es ergiebt sich aus diesen Fällen, dass man es nicht unterlassen darf, nach der Geburt den Uterus zu befühlen, was schon aus anderen Gründen nothwendig ist. Auch ist diese Untersuchung um so weniger zu unterlassen, wenn Nachwehen sich zeigen,

und besonders ungewöhnlich spät auftreten, um nicht gegen sie, wie im vorliegenden Falle, zweckwidrig aufzutreten. Die Art der Entfernung eines so missgestalteten Körpers wird derjenigen des abgerissenen und zurückgebliebenen Kopfes gleich sein; auch der Amorphus wird später geboren und verlangt keine besondere Behandlung.«

Ich habe das seltene Warschauer Präparat zuerst in einer Sitzung der Warschauer Ärztlichen Gesellschaft 1885 demonstrirt und nebst einem Foetus papyraceus, den ich kürzlich von Frau Tomaszewicz-Dobrska, Geburtshelferin in Warschau, zur Untersuchung erhalten, der geburtshilflichen Universitätsklinik in Warschau geschenkt, woselbst noch einige mikroskopische Untersuchungen darüber gemacht werden sollen.

---

# II. Zur Technik der Amputatio uteri myomatosi supravaginalis. (Intraperitoneale Abkapselung, elastische Dauerligatur des Uterusstumpfes.)

Von

Dr. M. Sänger in Leipzig.

Vortrag gehalten in der gynäkologischen Sektion der Naturforscherversammlung zu Berlin.

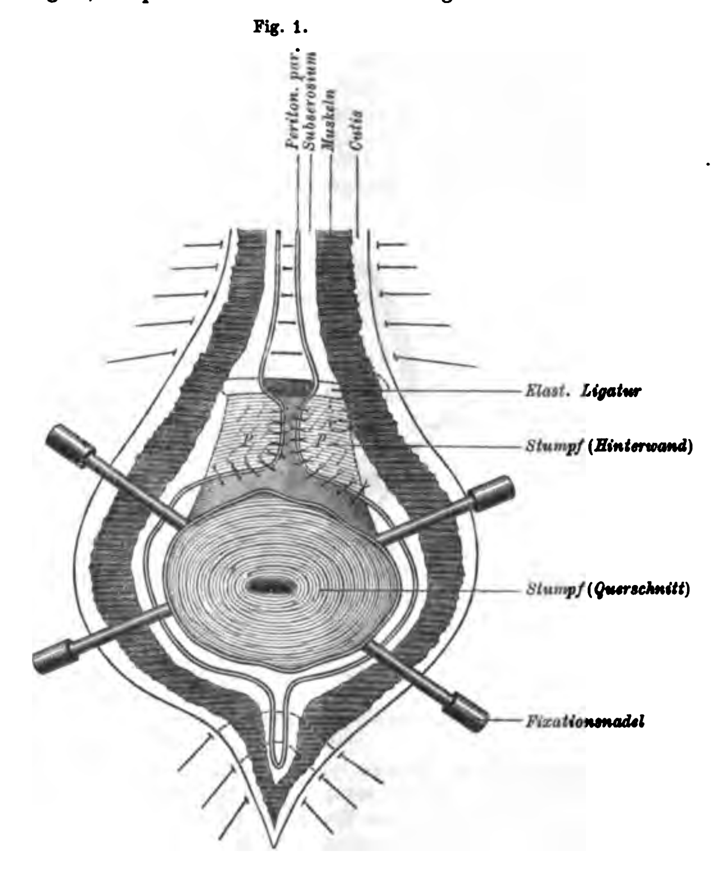
Dass die Technik der Amp. ut. myom. s. weit entfernt ist als abgeschlossen zu gelten, erhellt schon aus dem Umstande, dass die extra- und intraperitoneale Methode der Versorgung des Amputationsstumpfes anscheinend unversöhnlich und unvermittelt einander gegenüberstehen. Es werden nur gelegentlich von beiden Seiten Zugeständnisse gemacht, indem die Anhänger jeder der beiden Methoden in einzelnen Fällen das ihrem Princip entgegengesetzte Verfahren anwenden. So sicher die Schröder'sche Technik der intraperitonealen Methode, welcher ich selbst mit einzelnen Abweichungen in 9 Fällen folgte, zur Zeit schon geworden ist, so bietet sie doch für alle Fälle keine absolute Gewähr gegen die bedeutenden, mit denen der alten Sectio caesarea übereinstimmenden Gefahren von Nachblutung, Sekretansammlung in der Bauchhöhle, Übergreifen einer Infektion von der Cervixhöhle her und septischer Peritonitis. Bestünden diese Sorgen nicht, so würde gewiss A. Martin seiner so konsequent durchgeführten Vaginal-Drainage, welche eigentlich den Schluss der Bauchhöhle wieder aufhebt, glauben entrathen zu können.

Gelingt die Versorgung des Stumpfes nach Schröder in typischer Weise und in typischen Fällen, so kann man gewiss ruhig die Bauchhöhle vollkommen schließen. Anders bei atypischen Fällen, besonders bei subseröser Entwicklung der Myome, dann bei Blutungen aus dem Stumpfe, aus den Ligamenten und Adnexen; Zerreißungen des Peritoneum; bei Kürze, Starrheit, Größe, unregelmäßiger Form des Stumpfes, bei Schwierigkeit der Vernähung, bei Komplikationen durch andere Geschwülste etc. Hier stehen sowohl der intra- wie der extraperitonealen Methode oft gleich große Bedenklichkeiten im Wege; einestheils indem die Versorgung des Stumpfes in der Bauchwunde schwer ausführbar, anderntheils, indem es sehr misslich sein kann den Stumpf durch seine Versenkung und Schluss der Bauchwunde ganz außer Kontrolle zu geben. Um Letzteres zu vermeiden, sind verschiedene Verfahren vorgeschlagen worden: von Freund-Homburger (Condom als Überzug des Stumpfes und zugleich als Drainage), von Meinert (die schon von Porro und Wasseige für die Porrooperation vorgeschlagene Umstülpung des Stumpfes in das hintere Scheidengewölbe); von v. Hacker und Wölfler (intraparietale Suspension des Stumpfes), und von Letzterem eine Methode der Bildung eines Peritoneal-Lappens aus dem Stumpf, welche der von E. Schwarz früher angegebenen fast genau entspricht, daher im Grunde eine extraperitoneale Versorgung des Stumpfes darstellt.

Dass alle diese Methoden im Einzelnen sehr einwandsfähig sind, geht schon

aus ihrer mangelnden Verbreitung hervor. Die Hauptaufgabe der Technik, besonders für Fälle oben geschilderter Art, besteht nun offenbar darin, die Abstoßung des durch elastische Ligatur abgebundenen, oder die Heilung des durch Etagennaht vereinigten Stumpfes so vor sich gehen zu lassen, dass derselbe nebst seiner Umgebung von der übrigen Bauchhöhle abgeschlossen bleibt. Ich habe diese Aufgabe durch ein Verfahren zu lösen gesucht, das sich als intraperitoneale Abkapselung des Stumpfes bezeichnen lässt. Der Stumpf wird dabei nach vorn gebogen, das im Überschuss vorhandene Peritoneum parietale der vorderen Bauchwand seitlich vom Bauchschnitte beiderseits nach innen gezogen und durch einige Seiden- (resp. Katgut-) knopfnähte in vertikaler Richtung an die Hinterwand des

Fig. 1.




Intraperitoneale Abkapselung des unvernähten, mit elastischer Ligatur in situ belassenen Stumpfes. Offene Nachbehandlung.

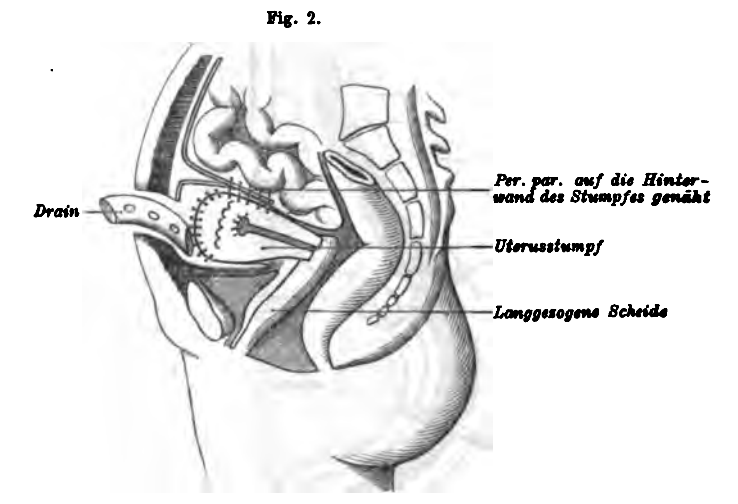
*PP* die einwärts gezogenen und auf die Hinterwand des Stumpfes aufgenähten Lappen des Peritoneum parietale.

Stumpfes bis herab zur Umschlagstelle der Serosa angenäht. Dadurch kommt dieser in einen allseitig von Peritoneum parietale der Bauchwand und Peritoneum viscerale der Blase und des Uterusrestes ausgekleideten Raum zu liegen, welcher von der übrigen Peritonealhöhle abgekapselt bleibt. Dieser Raum kann bis auf eine Öffnung für ein Glasdrain geschlossen oder ganz offen gelassen werden.

In letzterer Weise, konform der Fig. 1, verfuhr ich in einem kürzlich operirten Falle. Es handelte sich um ein mächtiges, subserös entwickeltes Myom, ausgehend von der linken Seitenkante des Corpus uteri. Nach Ausschälung desselben und tiefer Amputation des Uterus starke Blutung aus dem von den Blättern

des linken Ligam. lat. gebildeten Myombette, welches durch tiefe Suturen zusammengerafft, an die vordere Bauchwand angenäht und durch dieselbe hindurch drainirt wurde. Währenddem Bildung eines Hämatoms unterhalb des Peritoneum zwischen Blase und Uterus. Nach seiner Eröffnung profuse Blutung, die auch durch tiefe Umstechungen nicht gänzlich gestillt werden konnte. Da es auch ober- und unterhalb der elastischen Ligatur am Uterusstumpf aus dem mehrfach eingerissenen, locker haftenden Peritoneum blutete, Anlegen einer zweiten, etwas tieferen Gummiligatur. Beide saßen nun so tief, dass eine extraperitoneale Versorgung des Stumpfes unmöglich war. Auch die intraperitoneale Behandlung, selbst mit Versenkung der Gummiligaturen, war unthunlich, da die Blutung trotz dieser nicht überall völlig stand. Es wurde daher die intraperitoneale Abkapselung des Stumpfes in der beschriebenen Weise ausgeführt, letzterer durch kreuzweise durchgesteckte Nadeln hochgehalten, gründlich verkohlt und mit der von Kaltenbach empfohlenen Freund'schen Mischung von Acid. tannic. mit Acid. Salicyl., welcher noch Jodoform hinzugefügt wurde, bestreut. Vor und hinter den Stumpf kam noch ein Glasdrain. Dass es wohl geboten war, die Bauchwunde über dem Stumpf nicht zu schließen, ergab sich aus einer 2 Stunden später auftretenden Nachblutung aus dem subserösen Gewebe zwischen Stumpf und Blase. Sie stand nach Anlegung eines

Fig. 2.




Intraperitoneale Abkapselung des nach Schröder vernähten Stumpfes. Drainage. (Vorschlag.)

Schwamm-Kompressionsverbandes. Die Heilung erfolgte, auch was T. und P. anlangt, ohne Reaktion und ist besonders hervorzuheben, dass der gewünschte Abschluss von der übrigen Bauchhöhle erzielt wurde, trotzdem das Periton. parietale mit dem durch die elastischen Ligaturen abgeschnürten Uterusstumpfe vernäht wurde. Nur die Demarkation des Stumpfes erfolgte sehr langsam und wurden die elastischen Ligaturen vor deren Beendigung entfernt.

Ich gedenke bei nächster Gelegenheit auch den nach Schröder vernähten Stumpf in der geschilderten Weise intraperitoneal abzukapseln und den abgeschlossenen, doch überall selbst wieder von Peritoneum ausgekleideten Raum nach außen zu drainiren (vgl. Fig. 2). Dies ist ein Weg, auf welchem sich die von Seiten des Stumpfes drohenden Gefahren bekämpfen lassen. Ein anderer ist schon oft betreten, von Manchen konsequent verfolgt, von Manchen auch wieder verlassen worden: die Mitversenkung der elastischen Dauerligatur, deren häufigerer Verwendung ich heute das Wort reden möchte.

Bekanntlich war es Olshausen, welcher zeigte, dass man die elastische Ligatur mitsammt dem nicht einmal gebrannten oder verschorften Amputationsstumpf

versenken könne. Auch Czerny und Thiersch verfuhren in dieser Weise. Alle erzielten sehr günstige Resultate. Hegar-Kaltenbach verwarfen die Methode, weil die Ligatur stets durch Eiterung ausgestoßen werde, der Letztere wohl auch desswegen, weil er einmal danach Exsudatbildung und Darmocclusion mit tödlichem Ausgange entstehen sah. Schröder; Gusserow und A. Martin halten die elastische Dauerligatur lediglich für unnöthig. Letzterer legt aber nach Abnahme der elastischen Ligatur häufig eine doppelte Massenligatur mit Seide durch den Stumpf. Pozzi will die intraperitoneale Methode nur für sehr kurze Stümpfe angewendet wissen, versenkt aber alsdann die elastische Ligatur mit.

Fritsch, welcher sich in seinem Lehrbuch (3. Auflage) für die Mitversenkung der Ligatur in allen Fällen ausspricht, und ich habe den Stumpf sorgfältig nach Schröder vernäht und die Gummischnur am Stumpfe belassen. Fritsch verlor von 4 derart behandelten Fällen, die er 1883 veröffentlichte, einen. Ich selbst habe bisher — den oben geschilderten Fall nicht mit eingerechnet — die supravaginale Amputation des myomatösen Uterus 9mal ausgeführt, stets nach den Grundzügen der Schröder'schen Methode.

Ein Fall endete tödlich nach 30 Stunden an Nachblutung und Fettherz. In 5 von diesen 9 Fällen habe ich die elastische Ligatur mit versenkt und kamen sie alle zur Heilung. 3mal habe ich die Ausstoßung desselben sammt dem Stumpf-Schnürstück durch das Collum uteri beobachtet. In dem ersten Fall kam die etliche Wochen vorher in ihre Heimat entlassene Pat. wieder in die Sprechstunde mit der Klage über eitrigen Ausfluss; aus dem Muttermund ragte die elastische Ligatur nebst Thiersch's Bleiring, den ich damals noch anwandte, so wie der abgestorbene, doch durchaus geruchlose Stumpfrest. Keine Spur von Exsudat, keine Schmerzhaftigkeit des Leibes, kein Fieber. Nach Entfernung des Abgestoßenen reiste Pat., eine Hebamme, sofort nach Hause, war und blieb gesund. Im 2. Falle brachte Pat. einige Wochen nach der Entlassung den spontan abgegangenen Stumpf nebst Gummischnur und Bleiring in Papier gewickelt zur Stelle. Vor dessen Ausstoßung fühlte sie sich zeitweilig matt, unwohl, hatte eitrigen Ausfluss, aber keine Schmerzen. Auch hier fand sich nicht die Spur von Exsudat. Der Uterusrest war völlig beweglich. Im 3. Falle, welcher eine Geisteskranke betraf, bestand längere Zeit Eiterabgang. Ob aber die Ligatur abgestoßen wurde, konnte ich nicht ermitteln. Ich halte es für wahrscheinlich, da auch hier der Thiersch'sche Bleiring angewandt worden war. Für den 4. Fall, wo die elastische Ligatur einfach geknotet wurde, fehlen mir weitere Nachrichten: Pat. würde sich aber wohl gemeldet haben, wenn sich Zeichen von Ausstoßung der Ligatur bei ihr einfanden, da sie daraufhin instruirt worden war. Der 5. Fall ist Ende Juni d. J. operirt worden. Ich versenkte die elastische Ligatur wieder, nachdem ich es in den 4 vorausgegangenen Fällen nicht mehr gethan hatte, weil ich den einen oben registrirten Todesfall gerade dem Umstande mit zuschreiben musste, dass die exakte Naht des Stumpfes hier nicht hingereicht hatte, die Blutung zu verhindern. Ich bereute es auch nicht in diesem 9. Falle die elastische Ligatur wieder mit versenkt zu haben. Der Verlauf gestaltete sich außerordentlich günstig. Etwa 5 Wochen nach der Operation begann allerdings Abgang von dünnem, absolut geruchfreiem Eiter, ohne Schmerzen, ohne Fieber. Pat. reiste nach Hause und überbrachte mir eben in diesen Tagen persönlich die ohne die geringsten Beschwerden abgegangene Gummischnur. Sie sah blühend aus und fühlte sich völlig wohl, obgleich, der Untersuchung nach, ein Stück des abgeschnürten Stumpfes noch zurückgeblieben sein musste.

Es ist jedoch klinisch nicht erwiesen, dass die elastische Ligatur in allen Fällen ausgestoßen werde. Thut sie es aber, so kann dies nahezu unmerklich vor sich gehen, in derselben Weise, wie bei der recht häufig beobachteten Ausstoßung von Seidenfäden, die bald durch die Blase, bald durch die Scheide, oder das Rectum zum Vorschein kommen.

Ich betone nochmals, dass ich in keinem dieser 5 Fälle Exsudatbildung auftreten sah. Dagegen beobachtete ich solche mit Ausgang in Eiterung, Durchbruch durch das Collum und Rectum mit Ausstoßung zahlreicher Seidenfäden in einem

Falle, wo die elastische Ligatur nicht mit versenkt wurde. Kaltenbach wäre erst dann berechtigt die in seinem Falle aufgetretene Pelveo-Peritonitis mit folgender Darmocclusion der elastischen Ligatur zur Last zu legen, wenn er zeigen könnte, dass es lediglich diese sei, welche das Exsudat erzeugt habe, während das Zustandekommen eines solchen Folge einer Infektion sein muss, die gar nicht von der Gummischnur auszugehen braucht, und wenn, eben von einer inficirten Gummischnur. Die von Kasprzik unter Hegar's, die von Löwenhardt unter Olshausen's Leitung ausgeführten Experimente, so wie die klinische Erfahrung ergaben zur Evidenz, dass Gummischnur und Schnürstücke bei Fernhaltung von Infektion aseptisch bleiben, also auch kein Exsudat hervorrufen können. Auch ich sah einmal, nach Operation einer doppelseitigen (gonorrhoischen) Pyosalpinx, wobei die Cornua uteri mit Seide abgebunden wurden, ein großes pelveo-peritonitisches Exsudat auftreten mit Darmocclusion; der Fall ging aber, nachdem der Ileus 3 Wochen angehalten hatte, in Heilung über.

Ich behaupte gerade im Gegentheil, dass die elastische Ligatur im Stande ist einer vom Collum her vordringenden Infektion den Weg zu verlegen oder wenigstens sehr zu erschweren, indem sie die Gefäß- und Saftbahnen fast vollständig komprimirt und so rein mechanisch sowohl das Vordringen von Mikroorganismen aufhält, wie auch eine seröse Durchtränkung des Stumpfes so wie Ausschwitzung von Sekret aus demselben hindert. Kommt die Gummischnur nebst Stumpf zur Ausstoßung, so bildet sich an der Grenze des lebenden Gewebes eine demarkirende Entzündung mit gutartigem, geruchlosem, lympheähnlichem Eiter; der Stumpf selbst gelangt erweicht, verfettet, doch frei von Zersetzung durch den Muttermund zu Tage. Voraussetzung ist dabei natürlich, dass weder vor, noch während, noch nach der Operation Infektionskeime in den Stumpf eingedrungen seien: so bleibt er völlig aseptisch, gleichviel ob er sphacelirt und ausgestoßen oder abgekapselt und organisirt wird. Für Störungen dieser beiden Processe sind daher stets Mängel der Asepsis verantwortlich zu machen. Es ergiebt sich hieraus auch, dass der Abstoßungsvorgang des der Luft ausgesetzten Stumpfes bei der extraperitonealen Versorgungsmethode, wo sich Zersetzung und Fäulnis kaum je ganz vermeiden lassen, mit der fäulnislosen Sequestrirung des mit der Gummiligatur versenkten Stumpfes nicht auf eine Stufe gestellt werden darf. Ein sehr großer Unterschied ist es auch, ob man den mit Gummiligatur versehenen Stumpf, wie früher geschah, unvernäht und mit offener Uterushöhle, oder ob man ihn sorgfältig vereinigt und mit Peritoneum überdeckt versenkt, wie Fritsch und ich — unter leichter Einfalzung und flächenhafter Vernähung des Peritoneum — es stets gethan haben. Man erreicht dadurch eine bedeutende Verkleinerung der Fläche des Stumpfes, eine leichtere Verklebung mit den Nachbarorganen, vor Allem einen völligen Abschluss des Genitalschlauches von der Bauchhöhle. Sind aber diese vor, während und nach der Operation von aseptischer Beschaffenheit geblieben, so muss es auch der Stumpf bleiben. Als ein besonders eklatantes Beispiel reaktionsloser Einheilung einer Dauerligatur kann ich den Fall anführen, wo ich dieselbe überhaupt zum ersten Male anwandte, nämlich gelegentlich der Amputation des eine 7monatliche Frucht bergenden rudimentären Nebenhornes eines Uterus bicornis: der dreifingersdicke, solide Stumpf wurde symperitoneal vernäht und mit der elastischen Ligatur versenkt. Verlauf absolut reaktionslos. Auch in der Folge traten keinerlei Störungen auf, trotzdem die Frau rasch nach einander 3 Geburten durchmachte.

Schließlich ist zwischen der Versorgung eines dicken Muskelstieles nach Abtragung eines subserösen Myoms mittels elastischer Dauerligatur, ein Verfahren, dem noch von keiner Seite widersprochen wurde, und der Anlegung einer solchen um den so wenig umfänglich als möglich gestalteten Stumpf nach der Amputatio uteri supravaginalis doch nur ein gradueller Unterschied.

Nach diesen Darlegungen, welche die Unschädlichkeit der elastischen Dauerligatur am vernähten und in die Bauchhöhle versenkten Uterusstumpf nachzuweisen bemüht waren, kann der Nutzen derselben dahin definirt werden, dass sie für die intraperitoneale Methode das einzige Verfahren darstellt, welches Nachblutung und Hypersekretion aus dem Stumpfe mit ihren Folgezuständen sicher verhindert. Die vollständige Schließung der Bauchhöhle lässt es darauf ankommen,

wie diese mit Blut und Serum fertig werde; die Drainage ist wenigstens bestrebt beides abzuleiten. Unter Nachblutung ist dabei nicht, wie Gusserow dies aufzufassen scheint, eine solche zu verstehen, welche schon durch die Menge des ergossenen Blutes tödlich wirkt, was bei der heutigen Technik kaum mehr vorkommt. Vielmehr können schon geringe Nachblutungen den Boden für eine Septichämie, eine septische Peritonitis abgeben oder, wie in meinem Falle, bei krankhaften Veränderungen des Herzfleisches verhängnisvoll werden. Keineswegs plaidire ich nun etwa dafür, die elastische Dauerligatur in allen Fällen von supravaginaler Uterusamputation zur Anwendung zu bringen. Es kam mir besonders darauf an die Scheu vor derselben als unbegründet hinzustellen, damit sie in einzelnen Fällen ihren passenden Platz finde, so bei von Haus aus anämischen Personen; ferner, wenn die Operation mit stärkerem Blutverlust verbunden war; bei Erkrankungen des Peritoneum, wodurch dessen Resorptionskraft herabgesetzt wurde; bei ausgedehnten, flächenhaft blutenden peritonealen Adhäsionen; bei klaffenden Lücken und Einrissen im Peritonealüberzug des Stumpfes; bei sehr kurzen Stümpfen; dann wenn es nicht gelang, alle Hauptgefäße zu unterbinden resp. seitlich zu umstechen; vor Allem, wenn es nach Abnahme der provisorischen Gummiligatur trotz Nachlegens von Nähten auch nur wenig nachblutet, namentlich bei Aussickern des Blutes an den Ecken des Stumpfes. Da dieses Nachsickern sich oft erst nach Versenkung desselben in die Bauchhöhle bemerklich macht, so bedecke man ihn mit einem frischen Schwamm, lasse die Nahtfäden lang und lege einstweilen die Suturen durch die Bauchwand, um vor deren Knotung den Stumpf nochmals zu prüfen und zu entscheiden, ob seine nackte Versenkung gewagt werden könne, oder ob es rathsam sei, ihm die Gummiligatur mitzugeben.

Fragt man, wesshalb die immer noch überwiegenden Anhänger der extraperitonealen Methode der Stumpfbehandlung, obgleich sie die intraperitoneale als die idealere anerkennen und ihre technische Vervollkommnung gehörig würdigen, gleichwohl nicht zu ihr übergehen, so ist es die Scheu vor denjenigen Gefahren, welche ich mit Hinweis auf atypische und typische Operationen hier geschildert und theils durch einige von dem gewöhnlichen technischen Schema abweichende Vorschläge, theils durch Vertheidigung eines mit Unrecht zurückgesetzten Verfahrens zu bekämpfen versucht habe.

---

# III. Bericht über die Verhandlungen der gynäkologischen Sektion der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Berlin.

Von

**Dr. Zeiss in Erfurt.**

(Fortsetzung.)

(Nachmittagssitzung am Montag den 20. September.)

Herr Kehrer (Heidelberg): Über Inversio uteri.

Redner theilt die Umstülpungen der Gebärmutter in zwei Gruppen, je nachdem nur ein Theil der Uteruswand umgestülpt ist, oder die ganze Dicke derselben. Stülpt ein im Fundus sitzendes Myom die Schleimhaut und vielleicht einen Theil der deckenden Muscularis nach unten, wobei der Boden, von dem aus sich die Inversion herabsenkt, in loco bleibt oder sogar etwas aufsteigt, so ist das ein Fall der ersten Gruppe. Ist dagegen die ganze Uteruswand, unter Bildung eines Peritonealtrichters umgestülpt, mit oder ohne Vorhandensein von Geschwülsten, so haben wir den anderen Typus der Inversion vor uns. Redner beschreibt unter Demonstration des Präparates einen von ihm vor einem Monat operirten Fall, wo ein zweifaustgroßer Tumor (der total umgestülpte Uterus mit 2 Myomen) die Scheide füllte. Der Tumor wurde vor die Scheide gezogen und etwas unterhalb des Os internum der Stiel amputirt. Bauchfelltrichter und Muskulatur separat genäht. Stumpf,

durch die Nähte in der Scheide gehalten, reinvertirt sich nach Entfernung der Nähte; Heilung ohne Reaktion.

Herr Schröder bezweifelt für diesen Fall die Nothwendigkeit der Amputation des Uteruskörpers; er invertire in solchen Fällen absichtlich den Uterus partiell oder, wenn nöthig, ganz, spalte die Schleimhaut an der Stelle, wo sie vom Tumor auf den invertirten Körper übergeht, und enukleire den Tumor. Reinversion erfolge dann spontan oder sei leicht zu bewerkstelligen.

»Herr Kehrer hebt gegenüber Schröder hervor, dass die Muscularis, welche die Myome einhüllte, derart hypertrophisch gewesen sei, dass an eine bloße Enukleation und Reposition des Restes nicht gedacht werden konnte.« Herr Fritsch hat, »um zu verhüten, dass die blutende Fläche nach Abtragung des invertirten Uterus in die Bauchhöhle hineinragt, den invertirten Uterus vorher mit der Portio vernäht. Der nun fixirte Uteruskörper wurde abgeschnitten, die blutenden Gefäße umstochen und ein Jodoformgazetampon eingelegt; derselbe blieb bis zur definitiven Heilung liegen.«

Herr Frank (Köln): Über Lappentransplantation bei Stenosenoperationen.

Die verschiedenen, meist recht komplicirten Operationsmethoden beziehen sich auf Stenosen des Cervix und des inneren Muttermundes. Durch Transplantation aus dem Scheidenüberzuge der Portio wird der Cervikalkanal erweitert. Er will in 10 Fällen gute Erfolge erzielt haben.

Herr Fritsch »war der Meinung, dass die Zeit der operativen Künsteleien behufs Heilung der Sterilität vorüber sei«; er hält die vorgeschlagene Operationsweise für völlig überflüssig; glaube auch gar nicht, dass F. dabei den inneren Muttermund getroffen habe.

Herr Frank erwiedert, er sei gern bereit, Vorredners Zweifel durch eine vor seinen Augen zu machende Operation zu beseitigen. Übrigens wolle er damit nicht nur die Sterilität heilen, sondern auch die sonst mit dem Leiden verbundenen Beschwerden heilen und vermeide dabei noch die bei den bisher üblichen Operationsmethoden nöthige, sehr lästige Nachbehandlung.

Herr Bokelmann (Berlin). Über Antisepsis in der Geburtshilfe.

Vortr. giebt eine kurze Darstellung der Grundsätze der Desinfektion, wie sie heute in der Berliner Universitätsfrauenklinik in Geltung sind. Ein durchgehender Zug in den antiseptischen Bestrebungen der neuesten Zeit ist der, das Hauptgewicht immer mehr auf die Desinfektion des Geburtshelfers, seiner Hände und Instrumente zu legen. Der Geburtshelfer ist a priori als septisch, die gesunde Kreißende als aseptisch anzusehen.

Die Desinfektion der Hände des Geburtshelfers wird mit einer 1‰igen Sublimatlösung, die der Instrumente mit 3—5%iger Karbollösung vorgenommen. Von den auf dem Kreißsaal thätigen Studirenden wird eine Enthaltung von jeder Berührung mit septischen Stoffen principiell verlangt.

Die Desinfektion der Kreißenden beschränkt sich auf eine einmalige gründliche Reinigung und Auswaschung der Vulva und Vagina. Weitere Ausspülungen im Verlaufe der Geburt werden nicht gemacht, außer vor der Ausführung geburtshilflicher Operationen. Unmittelbar post partum wurden Scheidenausspülungen nur gemacht während der Vereinigung von Scheiden- und Dammrissen. Uterusausspülungen finden nur statt, wenn Symptome von Zersetzung oder Infektion bereits intra partum konstatirt waren, oder wo es sich um sonst suspekte Fälle handelte. Stets wurde hierzu eine $^1/_5$‰ige Sublimatlösung genommen.

Im weiteren Verlauf des Wochenbetts beschränkte sich die Antisepsis auf Reinhaltung und desinficirende Abspülung der äußeren Genitalien. Scheidenausspülungen kamen nur auf strikte Indikation, in erster Linie bei von der Vagina ausgehenden Zersetzungserscheinungen, zur Anwendung.

Die therapeutischen Uterusausspülungen sollen nur auf strengste Indikation gemacht werden und nur von geübten Händen. Vortr. präcisirt die Formen von Wochenbettserkrankungen, welche Uterusausspülungen nothwendig

erscheinen lassen. Auch hier wurde fast ausschließlich eine $^1/_5$ ‰ige, nur in einzelnen Fällen eine $^1/_3$ ‰ige Sublimatlösung genommen. Seit der ausschließlichen Anwendung dieser schwächeren Lösungen wurden in Klinik und Poliklinik Sublimatintoxikationen überhaupt nicht mehr beobachtet. Orig.-Ref.

Zur Diskussion bemerkt Herr Heimann, er halte es für einen wichtigen Fortschritt, dass man in den letzten Jahren von der Polypragmasie zurückgekommen sei. Hebammen sollten an der Kreißenden überhaupt keine antiseptischen Maßregeln vornehmen, sollten dagegen lieber Ärmel haben müssen, die jederzeit leicht hinaufgeschlagen werden können.

(Die folgenden Mittheilungen zur Diskussion fallen auf die Sitzung am Mittwoch den 22. September, Nachmittag, unter Vorsitz des Herrn Schatz, sollen aber hier anticipirt werden. Ref.)

Herr Schatz: wissenschaftliche Forderung und praktisch Bestes müsse streng geschieden werden. Herrn Bockelmann's Behauptung, die gesunde Gebärende sei aseptisch, oder brauche wenigstens nicht desinficirt zu werden, könne vom wissenschaftlichen Standpunkte aus nicht anerkannt werden. Die Vagina berge massenhaft Mikroorganismen, oft wohl auch bösartige; sie müsse daher, wie jedes Operationsfeld, desinficirt werden.

Herr Korn schildert die im königlichen Entbindungsinstitut zu Dresden übliche Art der Antisepsis, hält eben so wie Schatz die Desinfektion der Scheide für durchaus nöthig, sogar noch wiederholt während der Geburt. Intra-uterin wird nach jedem intra-uterinen Eingriff irrigirt; in puerperio dagegen die Uterusirrigationen sehr beschränkt. Bei Eihautretention genügen meist Irrigationen der Scheide; diese ist meist Sitz der Fäulnis. Irrigirt wird mit Sublimat 1 : 4000; unter 3000 Fällen sah K. dabei keine Intoxikation und nur 4 Todesfälle, die der Anstalt zur Last fallen.

Herr Bockelmann glaubt nicht, dass die häufigen Erkrankungen nach sog. Sturzgeburten gegen seine Ansicht, dass die gesunde Kreißende im Princip als aseptisch anzusehen sei, sprechen. Es spielen hier oft die eigenthümlichsten Verhältnisse mit, wie z. B. bei einer in der Universitätsfrauenklinik Entbundenen, die, ohne untersucht zu sein, an Puerperalfieber zu Grunde ging und bei der später sich herausstellte, dass eine Mitschwangere sie heimlich untersucht hatte. Die Uterusausspülungen will B. auch bei konstatirtem Zurückbleiben von Placentar- und Eihautresten nur bei Eintritt von Zersetzungserscheinungen, keineswegs prophylaktisch angewandt wissen.

Demonstrationssitzung in der gynäkologischen Abtheilung der kgl. Charité.
Dienstag 21. September, 9 Uhr früh.

Herr Karl Hennig demonstrirt Nachbildungen des Altenburger Mädchens mit Wirbelverlängerung an zwei Wachsabgüssen und zwei Gipsformen und theilt ein neuerdings beobachtetes, in Bezug auf Schwanzbildung zwar nicht so belangreiches, aber durch hohen Grad angeborener Rachitis um so merkwürdigeres Beispiel mit. Das Kind starb wenige Minuten nach der Geburt. Kopf und Rumpf überlang, obgleich Brustwirbelsäule mehrmals im Zickzack geknickt ist. Filum terminale doppelt. Darmbeinschaufeln ohrförmig nach unten herabgezogen; vorderen Spinae fehlen. Conjugata vera 6 mm (statt 24 mm). Querdurchmesser des Eingangs 38 mm, Darmbeinplatte 40 lang, 28 breit, 8 dick. Sitzbeinknorren springen stielförmig nach abwärts vor.

Schwanzbein knorpelig, etwas beweglich, von 10 mm an frei, hinten ganz frei, am Ende blonde Härchen; 30 mm lang, 15 breit, 1 dick (statt 18, 10, 7) enthält $5^1/_2$ Wirbel, indem der 4., sehr große, aus zwei verschmolzen ist; eigne Muskeln nicht vorhanden.

Herr Fürst (Leipzig) demonstrirt a) einen Glühlichthalter zu gynäkologisch-diagnostischen Zwecken.

Der Glühlichthalter wird mittels einer einfachen Vorrichtung an ein Hartgummi-Röhrenspeculum fixirt. Lichtquelle zwischen Auge und Portio; Blendung des Auges durch Reflektor ausgeschlossen; Hände des Arztes bleiben frei; für Besichtigung, Betupfung und andere kleine Manipulationen ist hinreichend Raum vorhanden.

b) Demonstration von Modellen der Vulva und Portio vaginalis. Dieselben sind von Dr. Weisker in Leipzig ausgeführt, unter Leitung des Vortr. und können von da bezogen werden. Das Verfahren der intra- und extravaginalen Modellirung etc. wird erläutert. Die Präparate erregen allgemeinen Beifall.

Herr Gottschalk (Berlin) demonstrirt folgende von Herrn Landau operativ gewonnene Präparate:

1) Ein Sarkom der Bauchdecken, welches von einer Inscriptio tendinea des M. rectus sinistr. ausgegangen war. Das Präparat entstammt einer 26jährigen Pat., welche zweimal, zuletzt 6 Wochen vor der Operation, normaliter geboren hat. Während der 2. Gravidität bemerkte sie im linken Hypochondrium einen harten, sehr beweglichen Körper, welchen sie für einen Kindestheil hielt. Erst als mit der Geburt des Kindes dieser Körper nicht schwand, wurde bei der Kranken der Verdacht auf eine Neubildung rege. Schon die Inspektion ließ einen Tumor im linken Hypochondrium wahrnehmen, die Palpation stellte dann fest, dass es sich um eine kleinkindskopfgroße, ziemlich harte, solide Geschwulst handle, welche ungeheuer beweglich war, so dass sie mit der größten Leichtigkeit tief ins Becken hinabgedrückt werden konnte. Da eine enorme Diastase der Mm. recti gleichzeitig vorhanden war, die Bauchdecken außerordentlich dünn und schlaff waren, bot dieser Fall in differentiell diagnostischer Hinsicht einige Schwierigkeit in so fern, als es nicht leicht war, zu entscheiden, ob es sich um einen intraabdominellen, etwa dem Netz angehörigen oder gar langgestielten Ovarialtumor oder aber um einen extraperitonealen, den Bauchdecken angehörigen Tumor handle. Die genaueste Untersuchung ergab jedoch, dass die Geschwulst mit dem linken M. rectus verwachsen sei, wesshalb denn die Diagnose auf ein Sarkom dieses Muskels, ausgehend von einer Inscriptio tendinea desselben, gestellt wurde. Die Operation bestätigte diese Diagnose vollkommen. Der M. rectus war fächerartig über dem Tumor ausgebreitet, mit ihm aufs innigste verwachsen; von der hinteren Fläche der unteren Inscriptio tendinea hatte sich die Geschwulst nach dem Peritoneum zu entwickelt und war so innige Verwachsungen mit diesem eingegangen, dass es nur mit der größten Vorsicht gelang, sie von dem Bauchfell abzupräpariren, ohne das letztere zu verletzen. Der Tumor erwies sich histologisch in der That als ein Sarkom. Die Rekonvalescenz der Pat. war eine normale.

2) legt Gottschalk eine Mesenterialcyste vor, welche von der Radix mesenterii des Dünndarmes ausgegangen war. Es handelte sich um eine 34jährige Frau, welche dreimal normal geboren hatte, regelmäßig menstruirt war und seit 6 Monaten über Störungen von Seiten der Blase und des Darmtractus zu klagen hatte, zu denen sich in letzter Zeit häufiges Erbrechen hinzugesellt hatte; auch war der Kranken eine rasche Zunahme ihres Leibesumfanges aufgefallen. Bei der Untersuchung, welche durch die dicken, straffen Bauchdecken erschwert wurde, zeigte sich das Abdomen bis über den Nabel stark ausgedehnt durch einen großen, sich cystisch anfühlenden Tumor, dessen untere, nicht tief in das kleine Becken hinabreichende Grenze im linken Scheidengewölbe deutlich von dem retroponirten, nicht vergrößerten Uterus getrennt zu fühlen war. Auffallend war die leichte Verschiebbarkeit der Geschwulst, so wie der Umstand, dass man über demselben bei der Auskultation deutlich laute Herztöne, etwa 120 in der Minute, wahrnehmen konnte. So konnte nicht fehlen, dass zuerst der Verdacht kam, es handle sich um eine Extra-uterin-Schwangerschaft, obschon die Anamnese ergab, dass die Periode nicht ausgeblieben war. Und selbst als eine genaueste, wiederholte Beobachtung konstatiren ließ, dass der Puls der Kranken eben so frequent war, musste die Deutlichkeit der hörbaren Herztöne, welche dem Ohre über dem Tumor so nahe schienen, diesen Verdacht noch einigermaßen rechtfertigen. Man konnte desshalb nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen, welche mit Rücksicht darauf, dass das rechte Ovarium nicht zu fühlen war, das linke in eine orangegroße Geschwulst verwandelt erschien und mit Rücksicht auf die Anamnese auf doppelseitige Ovarialcysten lautete; die linke größere Cyste musste dann langgestielt sein, da sich sonst die Beweglichkeit des Tumors nicht erklären ließ. Die Operation sollte uns jedoch eines Anderen belehren. Das rechte Ovarium war normal und lag hinten am Kreuzbein durch alte Adhäsion fixirt, es wurde nicht entfernt, dagegen erwies sich

das linke in der That zur orangegroßen Cyste degenerirt, die in der gewöhnlichen Weise abgebunden wurde. Der große Tumor rechts aber, der die Differentialdiagnose so schwierig machte, hing gar nicht mit dem Genitaltractus zusammen, sondern war ein uniloculäres Kystom mit klarem, hellem Inhalt, welches von dem oberen Theile der Radix mesenterii in der Nähe des Pankreaskopfes ausgegangen war, so dass es für den ersten Augenblick als Pankreascyste imponirte. Das Netz war breit mit der Oberfläche des Kystoms verwachsen und musste abgebunden werden. Die Operation verlief wie die Rekonvalescenz ohne jede Störung. G. macht noch besonders auf den hellen, klaren Inhalt dieser Mesenterialcyste aufmerksam, da, so weit Vortragender berichtet ist, in den übrigen derartigen beobachteten Fällen der Inhalt stets einen chylösen Charakter trug. Die deutliche Wahrnehmung der Herztöne erklärte sich aus dem Umstande, dass der Tumor der Aorta descendens unmittelbar auflag.

3) zeigt Gottschalk ein Präparat von Ovarialschwangerschaft aus der 3.—4. Woche der Gravidität. Reine Ovarialschwangerschaften sind nur selten beobachtet, man kann ja nur in solchen Fällen von einer reinen Ovarialschwangerschaft sprechen, in denen sich entweder der Embryo in dem Graaf'schen Follikel noch selbst vorfindet oder in denen die Placenta wenigstens hier ihre Insertionsstelle gefunden hat. Inserirt die Placenta auf der äußeren Oberfläche des Ovariums, so können wir ja nicht mehr unterscheiden, ob es sich primär um eine Ovarial- oder um eine Abdominalgravidität gehandelt hat. G. ist nun in der Lage, ein Präparat vorzulegen, das in seiner Art ein Unicum sein dürfte, und das einen Embryo aus der 3.—4. Schwangerschaftswoche in seiner intakten amniotischen Hülle in dem zur orangegroßen Retentionscyste degenerirten Graaf'schen Follikel in situ zeigte. Das seltene Präparat entstammt einer 26jährigen Pat., die 3 Jahre in steriler Ehe lebte, seit ihrer Pubertät an hystero-epileptischen Anfällen gelitten und seit einigen Wochen über Schmerzen in der rechten Seite zu klagen hatte. Die Untersuchung ergab einen gut orangegroßen, weichen Tumor rechts neben dem normal gelagerten und nicht vergrößerten Uterus; diese Geschwulst wurde als Ovarialcyste angesprochen. Als nach der glatt verlaufenen Laporotomie die Cyste eröffnet wurde, entleerte sich eine klare Flüssigkeit, welche einen leichten Ton ins Gelbliche hatte. Im Grunde dieser Cyste fand sich dann ein kaum 0,7 cm langer Embryo auf dem Dottersacke in dem intakten Amnion liegend. Von der amniotischen Scheide gehen nach der Cystenwand einige eben mit bloßem Auge wahrnehmbare feinste Stränge heran, welche die Verbindung des Amnion mit der Cystenwand zu vermitteln scheinen. Die stärkere Kopf- und schwächere Schwanzkrümmung des Embryo sind deutlich markirt; von der Bauchseite des Embryo geht die 1 cm lange und etwa 1 mm dicke Nabelschnur in die Cystenwand hinein. An der Cystenwand waren makroskopisch keine Veränderungen wahrzunehmen, in ihr finden sich einzelne geschwellte Graaf'sche Follikel, so dass das Präparat das ganze Ovarium zu präsentiren scheint; die Wand der Cyste soll noch einer mikroskopischen Untersuchung unterzogen werden. Die zugehörige Tube war gesund, wenigstens waren makroskopisch keine Veränderungen vorhanden; sie wurde desshalb wie das andere intakte linke Ovarium zurückgelassen. Die Pat. ist genesen; ihre hystero-epileptischen Anfälle sind aber nicht mit der Entfernung des Tumors geschwunden, sondern treten auch jetzt noch zuweilen auf.

4) legt Gottschalk ein primäres Tubensarkom vor, welches sich in der rechten Tube entwickelt hatte. Das Präparat ist von einer 37jährigen Pat. gewonnen, die dreimal normal geboren hat und stets regelmäßig menstruirt war. Seit 3 Monaten hatte sie an sehr heftigen Schmerzen besonders in der rechten Seite des Unterleibes zu leiden. Man konnte bei der Untersuchung neben dem nicht vergrößerten und nahezu normal gelagerten Uterus auf der rechten Seite einen länglichen, gut walnussgroßen Tumor fühlen, an den sich nach hinten eine größere, etwa apfelgroße Geschwulst anschloss, im Douglas fühlte man unregelmäßige kleinere derbe Knoten. Bei der Operation, die sehr schwierig war, zeigte es sich nun, dass der über walnussgroße Tumor der rechten Tube angehörte, die betreffenden Knoten dem Peritoneum des Douglas'schen Raumes aufsaßen und der größere apfelgroße Tumor eine Blutcyste repräsentirte, deren Wandungen von

Adhäsionen gebildet wurden, die vom Ovarium der rechten Seite nach dem Kreuzbein zu verliefen. Die Knoten auf dem Peritoneum des Douglas erschienen suspekt auf Malignität; ihre totale Entfernung war absolut unmöglich, nur ein kleiner Knoten wurde behufs mikroskopischer Untersuchung zum Theil mit herausgenommen und erwies sich eben so wie die Neubildung in der entfernten rechten Tube als ein kleinzelliges Spindelzellensarkom. Kleine Spindelzellen mit Kernen sind dicht an einander gelagert und in Zügen mit nur wenig Kittsubstanz angeordnet. Offenbar ist das Sarkom der Tube das Primäre, die Knoten im Douglas Metastasen. Das Sarkom der Tube war über walnussgroß und verlegte, dem abdominalen Theil der Tube angehörig, dessen Lumen vollständig. Die Pat. ging leider am 4. Tage post operationem zu Grunde, jedoch ohne septische Erscheinungen; auffallend war, dass sie bereits vor der Operation einen außerordentlich kleinen Puls hatte, es dürfte daher nicht ausgeschlossen sein, dass auch am Herzen vielleicht einige pathologische Veränderungen vorhanden waren; die Sektion wurde leider verweigert. Dieser Fall von primärem Tubensarkom dürfte der zweite bisher beobachtete sein. Vor ca. 14 Tagen wurde der erste Fall im pathologischen Institute in Breslau auf dem Sektionstisch bei einer Pat. als zufälliger Befund konstatirt, die an Diabetes mellitus gestorben war. Der Befund ist von Emil Senger in Nr. 37 des Centralblattes für Gynäkologie (l. c.) ausführlich mitgetheilt und verdient hier noch besonders auf die auffallende Analogie dieses Falles mit dem von uns beschriebenen hinsichtlich des objektiven Befundes hingewiesen zu werden.

5) zeigt Gottschalk ein Präparat von Tubenschwangerschaft aus dem 2. Graviditätsmonat. Sehr deutlich tritt an diesem Präparat die Verdickung der einzelnen Schichten der Tubenwand hervor, die vollständig der Verdickung entspricht, welche normaliter der Uterus erfährt, wenn er das Bebrütungsbett für das Ei abgiebt. Die Tube war geborsten und dabei Blut in die Bauchhöhle ausgetreten; der Embryo aus ganz früher Zeit lag noch in der geborstenen Tube von organisirtem Blutfibrin rings umgeben. Die Anamnese dieses Falles ist eine sehr prägnante: Die 27jährige Frau hat dreimal normal geboren, ist regelmäßig menstruirt, zuletzt am 14. Mai d. J. Anfang Juli wurde sie von einer Blutung befallen, welche mäßigen Grades war und über 14 Tage anhielt; alsdann bemerkte die Frau den Abgang einer Membran, von der sie selbst sagte, dass sie auf einer Seite rauh, auf der anderen glatt gewesen wäre, die also offenbar die zur Decidua umgebildete Uterusschleimhaut war. Die Diagnose auf rechtsseitige Tubenschwangerschaft konnte vorher gestellt werden: Ein länglicher Tumor war rechts neben dem Uterus, sich dessen rechter Kante ziemlich innig ansetzend, zu fühlen. Die linke Tube war zur Hydrosalpinx degenerirt. Die Kranke ist genesen.

6) Zum Vergleiche mit dem vorigen Präparat zeigt Gottschalk ein Präparat von Tubenschwangerschaft aus dem gleichen Monat; hier war die Berstung des Tubensackes nicht erfolgt, sondern das Ei durch einen Bluterguss in die Eihäute abgestorben, die Tube aber durch den Bluterguss ad maximum ausgedehnt worden. Dem entsprechend sehen wir an diesem Präparate die Tubenwand im Gegensatz zu dem vorigen Falle bis zur Papierdünne ausgezogen durch einen orangegroßen Tumor, der ebenfalls aus organisirtem Blutfibrin besteht, welches die Eihöhle mit dem kleinen Embryo umgiebt. Auch diese Kranke hat eine normale Rekonvalescenz durchgemacht.

7) Endlich legt Gottschalk noch einen wegen Cancroid der Portio exstirpirten graviden Uterus aus der 5. Schwangerschaftswoche vor, der das intakte Ei in situ in dem charakteristisch verdickten Uterus zeigt. An einer Zeichnung, welche nach einem mikroskopischen Schnitt durch Decidua reflexa und Chorion laeve entworfen ist, demonstrirt G. die einzelnen Schichten dieser beiden Membranen, hebt hervor, dass die Decidua reflexa in dieser Zeit noch strukturlos ist, dass nur die oberste Schicht des Chorion — die helle Faserschicht — Zotten in die Decidua reflexa hinein sendet, welche stets zu zweien zusammen angeordnet sind. Unter dieser hellen Faserschicht findet sich eine deutliche Zellenschicht, die untere Grenze des Chorion nach dem Amnion bildet eine Drüsenschicht. Die genaue Beschreibung dieses seltenen Präparates erfolgt an anderer Stelle. Die betr. Kranke ist ebenfalls genesen. Orig.-Ref.

(Fortsetzung folgt.)

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 45.** **Sonnabend, den 6. November.** **1886.**




## I. Eine bisher einzig dastehende Beobachtung von Polymastie mit 10 Brustwarzen.


Von

Dr. med. **Franz L. Neugebauer** (jun.) in Warschau.


(Nach einem Vortrage, gehalten in der Sitzung der gynäkol. Sektion der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Berlin am 23. September 1886.)

Diese seltene Beobachtung von Polymastie verdanke ich der Liberalität des Herrn Kollegen Biegański in Warschau.

X. X., 23jähriges Dienstmädchen in Warschau, kam daselbst am 9. April 1886 in dem unter Leitung des Herrn Dr. Biegański stehenden ersten städtischen Gebärasyl unehelich rechtzeitig mit einem ausgetragenen lebenden Mädchen ohne Kunsthilfe in 2. Schwangerschaft nieder, nachdem sie 7 Jahre früher sponte einem ausgetragenen Knaben das Leben geschenkt hatte. Sie nährte ihr erstes Kind auf die gewöhnliche Weise und bemerkte damals nichts Abnormes an ihren Brüsten außer einigen braunen Pigmentflecken an der vorderen Thoraxwand, die sie für Muttermale hielt, zumal sie ähnliche Bildungen auch an anderen Stellen des Körpers besaß, so z. B am Nacken in der Gegend des 7. Halswirbeldornes. Nach der zweiten Entbindung bemerkte sie schon am 2. Tage des Wochenbettes ein lästiges Nasswerden unter den Armen und Aussickern von Milch aus mehreren der erwähnten »Pigmentflecken«. Sie theilte ihre Beobachtung Herrn Dr. Biegański mit, welcher mir davon Anzeige machte. Ich untersuchte die Frau mehrfach und fand, dass sie außer den beiden, den normal geformten, üppig entwickelten, hängenden Brüsten aufsitzenden normalen Warzen noch jederseits je 2 überzählige accessori-

sche pigmentirte Brustwarzen hatte, endlich fand ich 2 accessorische Brustwarzen ohne pigmentirten Hof in den beiden Achselhöhlen. Als ich am nächsten Tage die Frau photographiren ließ, wobei sie sich bis zum Nabel entblößen musste, fand ich unter den hängenden Brüsten verborgen noch 2 weitere pigmentirte Brustwarzen, so dass sich eine Gesammtzahl von 10 Brustwarzen, darunter 8 accessorischen, ergab, wie dies in der beigefügten nach Photogramm gefertigten Abbildung ersichtlich ist.

Während das Kind an einer der beiden normal gelagerten, am besten entwickelten und zapfenartig hervorragenden, nicht zerklüfteten Brustwarzen saugte, sickerte beständig in mehr oder weniger reichlicher Menge Milch aus den beiden

Fig. 1.



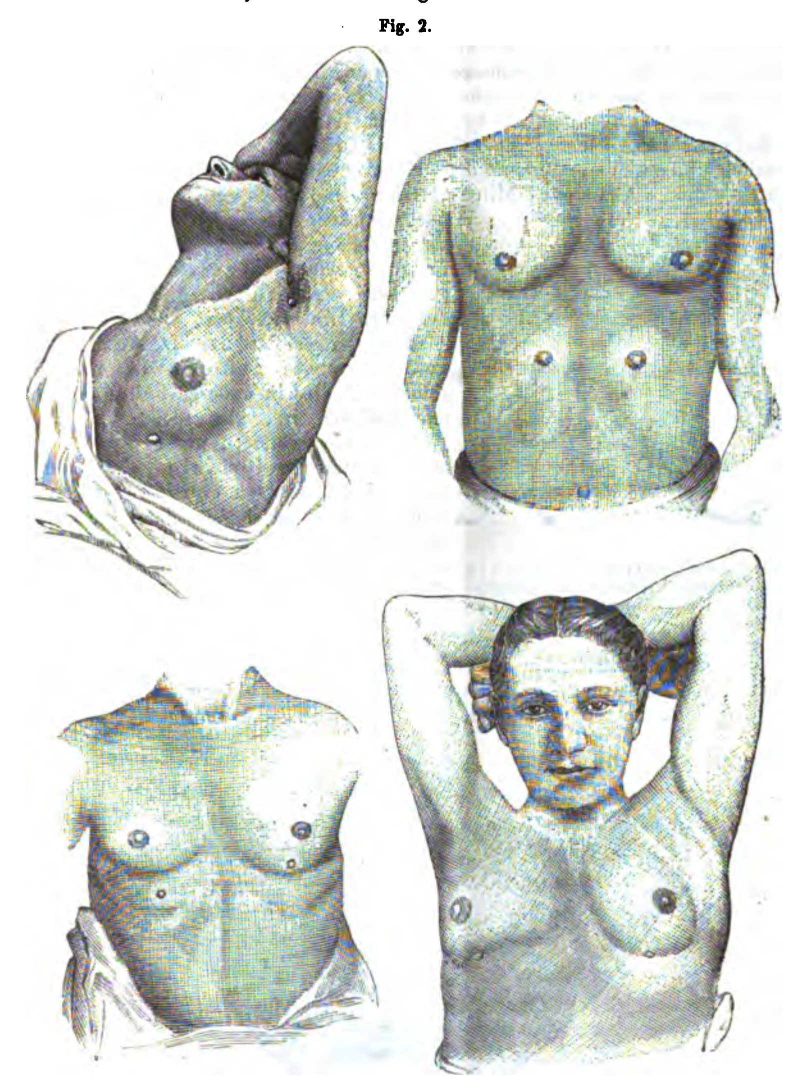
Eine bisher einzig dastehende Beobachtung von Polymastie in Warschau (10 milchende Brustwarzen).

axillaren Warzen hervor, während die übrigen 6 überzähligen nur auf Fingerdruck hin Milch entleerten, außerdem sickerte auch aus einem der Montgoméryschen, stark entwickelten Drüsenwärzchen rechterseits Milch hervor. Die Milchabsonderung war eine sehr reichliche, die Milch von guter Qualität, wie das Gedeihen des Kindes beweist, für welches ich die Frau als Amme empfohlen habe. Merkwürdig ist es, dass nach der ersten Entbindung die Frau nichts Abnormes an ihren Brüsten bemerkt hatte und dass die überzähligen Gebilde, wie es scheint, erst in der zweiten Schwangerschaft zu einer vollkommenen Entwicklung gelangten. Ich sah die Frau mehrmals wieder, zuletzt im August dieses Jahres und bestand die Milchsekretion in der Überzahl der accessorischen Brustwarzen, zumal in

den axillaren zur Zeit noch fort. Ich stellte die Frau in einer der Sitzungen der Warschauer Ärztlichen Gesellschaft vor und wurde das auffallende Phänomen daselbst von zahlreichen Kollegen durch eigene Untersuchung bestätigt.

Während die oberen 3 Paare der accessorischen Warzen mehr oder weniger symmetrisch gelagert sind, besteht bei dem 4. untersten Paare eine Höhendifferenz von mehreren Centimetern, wie dies aus Fig. 1 ersichtlich ist. 3 von den accessori-

Fig. 2.



Vier eigene Beobachtungen von Polymastie Leichtenstern's (s. l. c. Taf. IV, Fig. 1—4).

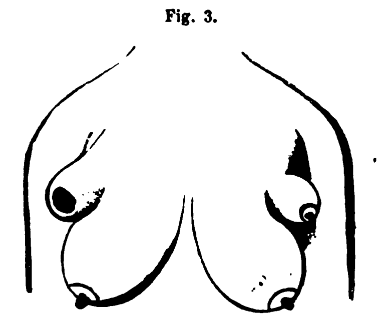
schen Warzen haben einen mehr oder weniger breiten Warzenhof, 3 weitere stellen einfach dunkel pigmentirte erhabene Papillen vor, das oberste Paar ist schwieriger zu erkennen, weil es pigmentlos ist, es liegt am vorderen Rande der Achselbehaarung. Es handelt sich um axillare, pectorale und abdominale (?) Brustwarzen.

Zur Vergleichung seien hier einige Abbildungen anderer Autoren wiedergegeben deren lokale Vertheilung in einem gewissen Zusammenhange mit dem Verlauf

der Arterien, unter anderen der Art. epigastrica sup. (= mammaria abdominalis) stehen mag (?).

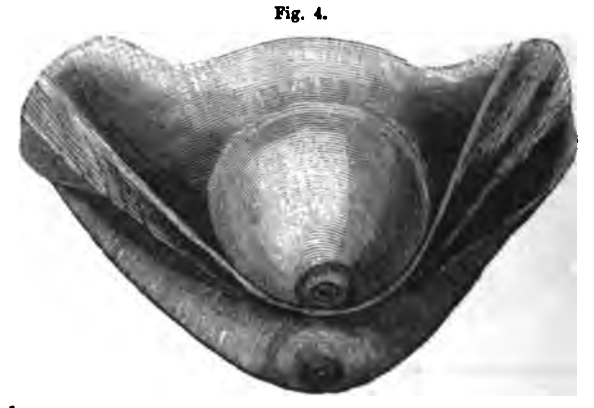
Handelt es sich um eine Überzahl von Brustwarzen auf nur 2 normalen Brüsten oder liegt hier eine Überzahl der Brustdrüsen selbst vor? Eine Überzahl von Warzen auf einer und derselben Brust, also eine Polythelie (θήλη Brustwarze), auf einem und demselben Warzenhof, ferner eine Bifurkation oder Bifidität der Brustwarze kommt ja auch vor, wie dies Förster in Fig. 33 Tafel VIII seines Werkes (Die Missbildungen der Menschen, Jena 1865. 4. p. 49) abgebildet hat und findet ihre Erklärung in dem isolirten Ausmünden einzelner Milchgänge. Da ich keine Leichenuntersuchung zu machen Gelegenheit hatte, kann ich diese Frage nicht mit absoluter anatomischer Bestimmtheit beantworten, jedoch scheint mir sowohl der klinische Befund (das Abtasten der einzelnen Drüsenpackete in den Achselhöhlen namentlich und ganz besonders an den beiden untersten accessorischen Brustwarzen) als auch die vorhandene Milchsekretion und die entwicklungsgeschichtlich nachgewiesene von der Anlage der Brustdrüsen unabhängige Anlage der Brustwarzen dafür zu sprechen, dass es sich hier nicht um getrennte Ausführungsgänge einer und derselben Brustdrüse mit Ausläufern handelt, sondern thatsächlich um ein Mehrfachwerden und heterotopes Auftreten der Brustdrüsen selbst, wie dies in anderen Fällen anatomisch nachgewiesen ist, also nicht um einfache Polythelie, sondern um eine echte Polymastie und Pleiomazie, nicht um normale Brustdrüsen mit zipfelförmigen Ausläufern, sondern um isolirt angelegte Mammae accessoriae, wenn auch Ahlfeld (l. c. I Abschnitt p. 110) sagt: »Dass in der Achselhöhle sich milchgebende Drüsen finden, hat nichts Wunderbares, seitdem nachgewiesen ist, dass die Brustdrüsen durch einen Zipfel mit den Lymphdrüsen der Achselhöhle in Verbindung steht.« Bezüglich der entwicklungsgeschichtlichen Bedeutung der Mammae accessoriae und aberrantes s. erraticae stehen sich mehrere Ansichten gegenüber. Ahlfeld will sie erklären (l. c. p. 110) dadurch, »dass durch den Druck des Amnion Theile der Keimanlage abgetrennt und am Amnion haftend auf die Körperoberfläche transplantirt werden«, so dass z. B. Mammae accessoriae an der Schamlippe, in der Inguinalgegend, am Oberschenkel, am Acromion, ja auf dem Rücken beobachtet werden konnten. Im Mittelalter, wo

Fig. 3.



Schematische Abbildung einer von Shannon 1848 beobachteten Polymastie (2 überzählige Brüste mit je 1 und 2 Warzen) nach Leichtenstern (l. c. Taf. IV, Fig. 5).

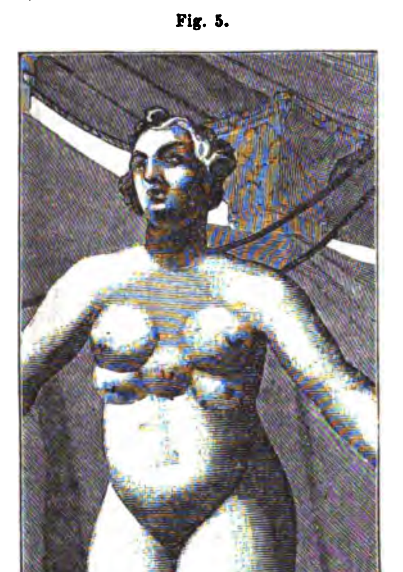
Fig. 4.



Überzählige Brust unter der rechten normalen nach Winckel (Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Leipzig 1886. 8. p. 738—739).

die Polymastie auch schon bekannt war, wie aus der hier beigefügten Abbildung (s. Fig. 5) hervorgeht, die ich einem älteren Werke entnommen habe, erklärte man die Polymastie für ein »Opus mirabile naturae ludentis«, »Wirkung eines gehemmten oder vermehrten Bildungstriebes«, »eine Verirrung (aberratio) vom Organisationsplane«, »une sorte de caprice ou de bizarrerie«, wie Leichtenstern sagt, für einen Lusus naturae, womit natürlich für das Verständnis der Sache nichts geschafft wurde. Förster nahm für die überzähligen Brüste ursprünglich eine oder mehrere abnorm getrennte Keimanlagen an, ohne jedoch über die Bedingungen für die Vermehrung dieser Keimanlagen irgend Etwas sagen zu können. Mit letzterer Annahme begnügt sich auch E. Hartung (»Über einen Fall von Mamma accessoria«. J. D. Erlangen 1875. p. 6—7). Eine andere Theorie, welche nach Leichtenstern [»Über das Vorkommen und die Bedeutung supernumerärer (accessorischer) Brüste und Brustwarzen«, Virchow's Archiv Bd. 73. Berlin 1878. 8. p. 222—256, sp. p. 235] früher zahlreiche Anhänger zählte, ließ im Anschluss an Oken und Meckel (nach Leichtenstern) die Mammae accessoriae entstehen als Folge von Aberration der Milchkanäle, »die, anstatt sich zu vereinigen und in die normale Warze zu münden, davon abweichen und oft weithin im Zellgewebe (bis in die Achselhöhle und die Inguinalgegend) sich verlieren sollten«. Meckel stellte dann die vorhin erwähnte Hypothese auf, jeder Mensch besitze ursprünglich die Anlage zu 5 Brüsten. Geoffroy St. Hilaire suchte zuerst die Polymastie bei Menschen auf eine Thierähnlichkeit und auf »den allgemeinen Organisationsplan der Klasse der Säugethiere« zurückzuführen, Darwin selbst verhielt sich ablehnend dagegen, in der Polymastie einen Atavismus zu sehen. Leichtenstern sprach sich zuerst auf Grund seiner umfassenden Arbeit über die Polymastie mit Bestimmtheit dafür aus, in der Polymastie eine Thierähnlichkeit, einen »Rückschlag« zu sehen und ich muss mich ihm darin vollständig anschließen, wie ich dies in einer demnächst erscheinenden ausführlicheren Arbeit über die kongenitalen Anomalien der menschlichen Brustdrüsen begründen werde. Die Ansicht Leichtenstern's hat viele Anhänger (Billroth u. A.) gefunden, aber auch viele Gegner, so namentlich in Perls, der überhaupt der Lehre vom Atavismus jede wissenschaftliche Begründung absprechen wollte: — Duval erklärte die überzähligen in der Achselhöhle und am Rücken liegenden Mammillae für eine accidentelle Modifikation der Talgdrüsen.

Fig. 5.



Polymastie nach einer Zeichnung im Titelblatte des Werkes: Fortunius Licetus de Monstris. Patavii 1668. 4. (In dem Texte des Buches habe ich vergeblich nach einer auf diese Zeichnung bezüglichen Mittheilung gesucht, die mir in so fern nicht naturgetreu, sondern als ein Ergebnis der Phantasie erscheint, als eine derartige Lagerung der Brüste bei Fünfzahl, dass die fünfte in der Mittellinie liegt, entwicklungsgeschichtlich nicht zu begründen ist, wenn gleich Meckel für die Anlage der Brüste des Menschen als Norm die Fünfzahl mit gerade der in obiger Zeichnung dargestellten Ortsvertheilung angiebt. Die Richtigkeit dieser Meckel'schen Angabe ist bisher noch von keinem anderen Autor bestätigt worden.)

Martin (jun.) (»Abhandlung über vielbrüstige Frauen« Mémoires de Méd. et de Chirurgie pratiques) nahm nach Hartung (l. c. p. 21) neben den durch Spaltung der Keimanlage entstandenen Formen der Polymastie für gewisse Fälle die Erklärung an »gewisse Anhänge der Brust, die nur als eine temporäre Entwicklung erscheinen, und weder die Form noch die Struktur der Brüste zeigen, dürfen, wenn sie auch Milch absondern, nicht als angeborne Brüste, d. h. Brüste der ersten

Bildung, angesehen werden, sondern seien als ein Phänomen der Milch absondernden Thätigkeit zu betrachten, welche das Zellgewebe mit der Flüssigkeit füllt, die nur von der Brustdrüse abgesondert wird«. Dieser, durch das beim Wachsen und Anschwellen jener überzähligen Bildungen beobachtete Kleinerwerden der eigentlichen Brüste, so wie andererseits durch die Milchsekretion aus ihnen beim Saugen an den eigentlichen Brüsten gestützten Ansicht, für die auch ein Fall Champiere's spreche, soll sich nach Hartung auch Flechsig (De Polymastia. Schneeberg. 1839) anschließen, indem er sagt: »von der wahren Vielbrüstigkeit seien diejenigen Zustände zu trennen, bei denen Anhängsel der Brustdrüsen sich erst später entwickeln oder entstehen, ohne jedoch den gehörigen Bau der Brustdrüsen zu haben«. Hartung acceptirt für gewisse Fälle, von denen er ein Beispiel anführt (l. c. p. 22), diese Deutung und nennt diese Bildungen »Mammae accessoriae spuriae«.

Neuerdings ist die bezügliche Frage in London zur Besprechung gelangt (siehe: Archives de Tocologie, 15. Juillet 1886. 8. p. 608—610 Referat: Société médicale et chirurgicale de Londres, séance du 27. avril 1886: »Du développement des fonctions mammaires par la peau chez les femmes en couche par le Dr. Champneys«). Champneys, der hier eine Reihe interessanter eigener Beobachtungen (30 Fälle in 2 Jahren von ihm im Lande gesammelt) mittheilt, gelangt zum Schluss, die überzähligen Brustwarzen resp. sog. Brustdrüsen seien einfache, zufällige Transformationen der Talgdrüsen der Haut bei Wöchnerinnen. Alban Doran schließt sich seinem Vorredner an und verwirft die Erklärung der Polymastie durch Atavismus, weil einmal die supernumerären menschlichen Brustwarzen an solchen Körperstellen beobachtet worden seien, wo sie bei Thieren nicht vorkommen, andererseits weil man bei Menschen diese überzähligen Mammae nicht an den Orten finde, wo sie bei den verschiedenen Säugethieren ihren physiologischen Sitz haben.

Ich kann mich, wie gesagt, mit dieser letzteren Ansicht bislang nicht befreunden und schließe mich vollständig Leichtenstern an, indem ich die Polymastie beim Menschen für einen atavistischen Rückschlag halten muss. Die Begründung dieser Anschauung werde ich in einer ausführlicheren Arbeit über kongenitale Anomalien der Brüste, welche demnächst in polnischer Sprache in der Warschauer Zeitschrift »Medycyna« erscheint, zu geben versuchen. Bezüglich der Kasuistik der Polymastie seien hier nur einige Bemerkungen angeknüpft. Die Polymastie ist bereits im Alterthum in den Standbildern der Diana von Ephesus, der Astarte sinnbildlich als Symbol der Fruchtbarkeit an der segenspendenden Göttin dargestellt worden. Nach Hartung führte die Mutter des römischen Kaisers Severus wegen Überflusses an Brustdrüsen den Namen Julia mammaea; Anna von Boleyn soll gleichfalls 3 Brüste gehabt haben.

Hartung hat aus der Litteratur 1875 66 Fälle gesammelt, Leichtenstern sammelte bis 1878 92 Fälle aus der Litteratur und 13 eigene Beobachtungen, Puech hat nach Blanchard (s. Centralbl. f. Gynäkologie 1885 No. 36. p. 576 Referat) 77 Fälle in Frankreich gesammelt. Meinen Erfahrungen nach ist die Polymastie so häufig, dass man bei aufmerksamer Beobachtung gewiss leicht Hunderte von Fällen zu verzeichnen hätte, ich selbst habe bereits eine ganze Reihe von Fällen gesehen, die als ohne Besonderheiten gar nicht zur Veröffentlichung gelangten; so sah ich zufällig gleich am ersten Tage der hiesigen Naturforscherversammlung einen Mann mit großer accessorischer Brustwarze rechts, der mir von Herrn Dr. Krönig wegen einer Affektion der Lendenwirbel bei Tabes dorsualis behufs Prüfung der Diagnose vorgestellt wurde.

Neuerdings hat auch Prof. Jastreboff eine derartige Beobachtung aus unserer geburtshilflichen Klinik in Warschau photographisch aufnehmen lassen (mit 1 resp. 2 accessorischen Brustwarzen).

In der angezeigten Arbeit soll die bezügliche Kasuistik kurz zusammengestellt werden.

Der Sitz der überzähligen Brustdrüsen und -Warzen ist gewöhnlich die Vorderfläche des Thorax und liegen dieselben einseitig, seltener, aber doch nicht gar zu selten, beiderseitig, lateral in 2 von der Achselhöhle aus nach unten gegen die Schamgegend hin konvergirenden Linien, ähnlich der Vertheilung der Knöpfe der

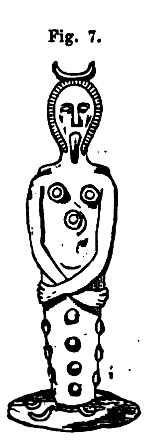
preußischen Officiersinterimsuniform; je nach dem Sitz werden sie als axillare, pektorale, abdominale, inguinale und vulväre Mammae bezeichnet, nur in seltenen Ausnahmefällen fand man sie lateral an der eigentlichen Brust in gleicher Höhe mit der normalen Brustwarze. Ein medialer Sitz in der Mittellinie des Körpers ist von Meckel behauptet worden, wie Leichtenstern meint, wahrscheinlich auf Grund einer einschlägigen Beobachtung von Gorré-Percy mit Fünfzahl der Brüste und medialem Sitze der unpaaren. Mir erscheint diese Angabe einer medialen Brust mehr als zweifelhaft.

Fig. 6.



Diana von Ephesus nach einer Statue im Museum des Vatikans zu Rom (nach F. Creutzer [Religions d'antiquité etc. ouvrage traduit de l'allemand du Dr. F. Creutzer refondu en partie, complété et développé par D. Guigniaut. Deuxième cahier. Paris 1839. 8. Tab. LXXXIII, Fig. 317 und p. 143]).

Fig. 7.



Astarte nach einem Standbilde im Museum zu Cagliari. (Nach Creutzer l. c. Tab. LVI, Fig. 213 und p. 107.)

In einzelnen seltenen Fällen sind die überzähligen Mammae beobachtet worden:
1mal in der Substanz der großen Schamlippe (Hartung),
1mal am Oberschenkel 4 cm unterhalb des Trochanter (Robert),
(Die betreffende Frau, Therese Ventre, stillte ihren eigenen Sohn 30 Monate lang mit dieser Warze am Schenkel.)
1mal am Akromion (Klob),
2mal am Rücken,
2mal in der Wand einer dermoiden Ovarialcyste (1 Fall von Haffter, Arch.

f. Heilk. 16. Jahrg. 1875. p. 56 ff., 1 Fall neuerdings von Velitz, »Eine Mamma in einer Ovarialgeschwulst« Orvosi hetilap No. 20).

Endlich nach Ahlfeld (s. l. c. p. 111—112) bei Missbildungen mit überzähligen unteren Extremitäten in der Leistengegend, so in den Fällen von v. Baer und Kömm, bei der berühmten Blanche Dumas (s. Ahlfeld l. c. p. 88), die im Ahlfeld'schen Atlas abgebildet ist nach Photogramm (Taf. XIV, Fig. 9 und 10).

Die Polymastie ist wiederholt erblich beobachtet worden, selbst bei 3 Generationen hinter einander, ein Grund mehr, der für die atavistische Erklärung spricht. Die Polymastie scheint bei beiden Geschlechtern gleich häufig vorzukommen und liegt es in der Natur der Sache, dass mehr Fälle beim weiblichen Geschlecht bekannt wurden, einmal weil die vollkommenere Entfaltung überzähliger Brustdrüsen und Warzen meist erst inter graviditatem statt hat, sodann weil die männliche Brust überhaupt seltener zur ärztlichen Inspektion gelangt, es sei denn bei Brustkranken und bei der Militärgestellung.

Alle diese Einzelheiten sollen in der angekündigten Arbeit erörtert werden. Bezüglich der Therapie ist wenig zu sagen. In den meisten Fällen bleibt die Polymastie belanglos, ein zufälliger Untersuchungsbefund; jedoch ist auch ein Fall von Carcinom einer überzähligen Brustwarze beschrieben. Die überzählige Brustwarze könnte durch Hypersekretion und Galaktorrhoe, durch beständiges Nässen lästig werden, meist jedoch versiegt die Sekretion in den überzähligen Gebilden bald oder bleibt minim und erfolgt nur auf Druck und nicht spontan. Jedoch sind überzählige Warzen, wie der Fall Therese Ventre u. a. lehren, auch lange Zeit hindurch zum Stillen benutzt worden.

Nur ein französischer Autor, Boyer (Traité des maladies chirurgicales etc. Vème édit. V. T. Paris 1846. 8. p. 551) spricht von Excision der überzähligen Warzen und warnt vor einer Verwechslung mit einer der normalen Warzen; man solle desshalb, um nicht Unheil zu stiften, wenn der Difformität wegen operirt werden soll, mit der Operation bis nach der ersten Schwangerschaft und Entbindung zuwarten.

Berlin, am 27. September 1886.

---

## II. Die löffelförmigen Spiegel bei Kraniotomie.

Von

**Andreas Fischer,**

I. Assistent der geburtsh.-gynäk. Klinik von Prof. Slawjansky in St. Petersburg.

Die Mittheilung des Herrn Prof. N. Phänomenoff (»Zur Technik der Perforationsverfahren«, in No. 29 dieses Blattes) giebt mir Anlass auch einige Worte darüber zu sagen. Am Ende seines Aufsatzes macht Prof. Phänomenoff folgende Bemerkung: »in der letzten Zeit, wie es mir bekannt ist, beginnt dieses Verfahren (d. h. die Perforation mit Zuhilfenahme der löffelförmigen Spiegel) in Russland in der Klinik von Prof. Slawjansky in Gebrauch zu kommen«. — Die Chronologie ist hier nicht ganz richtig: zum ersten Male wurden die löffelförmigen Specula bei der Kraniotomie in der Klinik des Herrn Prof. Slawjansky im Jahre 1879 angewendet, also 2 Jahre nach Skene's Veröffentlichung und 4 Jahre früher, als sich solcher zu demselben Zwecke Prof. Phänomenoff, seiner Aussage nach, bedient hatte.

Seitdem hat dieses Verfahren in unserer Klinik nicht mehr als 4mal in Gebrauch kommen können, und aus einem leicht verständlichen Grunde: die löffelförmigen Spiegel können wohl bei der Kraniotomie Anwendung finden und die Operation wesentlich erleichtern, aber nur unter der unumgänglichen Conditio sine qua non, dass der vorliegende Kopf nicht im Beckeneingange, sondern in der Beckenhöhle sich befinde; die Indikationen aber zur Kraniotomie bei so niedrigem Kopfstande werden, wie bekannt, verhältnismäßig nur sehr selten angetroffen.

Ich erdreiste mich desshalb anzunehmen, dass die Überzeugung, »dass dieses Verfahren unvermeidlich allgemein eingeführt und die jetzt üblichen ganz ersetzen werde«, viel zu allgemein ausgesprochen ist.

Zum Schlusse möchte ich noch die Bemerkung machen, dass Prof. Slawjansky bei der Perforation des niedrig stehenden Kopfes mit Hilfe löffelförmiger Spiegel sich eines besonderen kleinen, sehr einfach konstruirten Trepans bedient, der, so zu sagen, aus einem Stück Stahl ohne jegliche Schrauben und Charniere besteht und folglich sehr leicht gereinigt und desinficirt werden kann.

---

# III. Bericht über die Verhandlungen der gynäkologischen Sektion der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Berlin.

Von

**Dr. Zeiss in Erfurt.**

(Fortsetzung.)

Herr Landau (Berlin) »demonstrirt die von ihm beim Hängebauch und nach der Laparotomie in Anwendung gezogene Leibbinde. Dieselbe besteht aus einer durch 2 Federn beiderseits gebogenen Pelotte und hat die Tendenz, die Kraft der aus einander gewichenen und atrophischen Recti zu ersetzen;« ist vom Bandagisten Pfau angefertigt.

Herr Wyder (Berlin) demonstrirt eine neue Art der Demonstration mikroskopischer und makroskopischer Zeichnungen. Die Zeichnungen, auf starkem Pauschpapier fixirt, werden in einen Glasrahmen gespannt und bei durchfallendem Lichte betrachtet.

Herr Langner: a) Fall von kleinzelligem Rundzellensarkom der Uterusschleimhaut. Seit $1^1/_2$ Jahren bestehende Blutungen, wiederholt durch Ätzungen und Auskratzung erfolglos behandelt. Laparotomie, maligner Tumor im Uterus, Amputatio uteri supravaginalis. Glatte Rekonvalescenz. Tumor erwies sich unter dem Mikroskop als kleinzelliges Rundzellensarkom; theils fettig degenerirt, theils zerfallen.

b) Nierencarcinom. Mangel aller für Nierenerkrankung sprechender Symptome; daher keine bestimmte Diagnose. Laparotomie; Tumor, so weit möglich, ausgeschält; Bett vernäht; zunächst glatter Verlauf, dann Anurie, Exitus am 11. Tage. Abscess an der Stelle des Tumors; keine Peritonitis. Andere Niere fettig entartet, doch nicht derart, dass sich die Anurie daraus erklären ließe.

c) Hydrosalpinx. Gonnorrhoische Infektion vor mehreren Jahren; zuerst wurde die allein erkrankte linke, später, durch eine zweite Laparotomie, auch die erst nachher erkrankte rechte Tube exstirpirt.

Herr Orthmann: Demonstration eines Falles von vereitertem Myom des Uterus mit Perforation.

Pat. 42 Jahre alt; seit dem 18. Jahre meist sehr stark menstruirt; seit einigen Monaten verheirathet; in den letzten Wochen heftiges Fieber, starke intermittirende Schmerzen; Erbrechen, Stuhl- und Urinbeschwerden. Uterus kleinkindskopfgroß, retroflektirt, fixirt; Cervix durchgängig; im Inneren weiche, zerfallende, eitrige Massen: Muskelgewebe. Laparotomie bei 39°: eitrige Peritonitis; beim Versuch der Loslösung des Uterus fließt dicker, fötider Eiter in die Bauchhöhle; an dieser Stelle hat das im Cavum uteri liegende Myom die Wand durchbrochen. Uterus und rechte Adnexa amputirt, Cervikalkanal resecirt; Stumpf vernäht. Exitus am 4. Tage. Myom hat 6—8 cm Durchmesser; ist am Fundus durchgebrochen.

Herr Baumgärtner (Baden-Baden) demonstrirt einen Spülsessel zu länger dauernder Bespülung der inneren Genitalien; dieselben sind im städtischen Krankenhause in Baden-Baden in Gebrauch. Auch längerer Gebrauch soll nicht ermüden; die Dauerspülungen erwiesen sich als erfolgreich gegen alle möglichen chronischen Entzündungsformen des Genitalapparates und seiner Adnexa, insbesondere schmerzstillend schon bei den ersten Anwendungen.

Sitzung am Dienstag, den 21. September, 11 Uhr Vormittag.
Vorsitzender: Herr Freund, Straßburg.

Herr Gusserow: Exstirpation von Tubensäcken.

In sämmtlichen 14 von G. operirten Fällen (die alle genasen) bestand Perimetritis; G. hält dieselbe für ein ätiologisch jedenfalls sehr wichtiges Moment und in den meisten Fällen wohl für das Resultat gonorrhoischer Infektion, welche letztere vermittels eitrigen Tubenkatarrhs zur Entzündung der Adnexe führt; hieraus folgt Verschluss der Tube und Ansammlung des Eiters. Auch in Erklärung der Symptome ist die Intensität der Perimetritis maßgebend. Die häufig vorhandenen profusen Menstrualblutungen sind durch Cirkulationsstörungen zu erklären, welche die Entwicklung der Tubensäcke im Ligamentum latum verursachen. G. glaubt die Gefahr der Berstung und dadurch bedingter Peritonitis nach seinen Erfahrungen nicht allzu hoch anschlagen zu dürfen. Wiederholt floss bei Operationen Tubeninhalt in die Bauchhöhle, ohne dass dieser Umstand die vollständige Heilung irgend wie beeinflusst hätte.

Die Indikation zur Exstirpation der Tubensäcke hängt demnach im Wesentlichen von der Intensität der perimetritischen Beschwerden ab, unter Berücksichtigung der Thatsache, dass die Entfernung der Säcke nicht stets zur Heilung der Beschwerden führte. Wichtig ist dabei, die Ovarien mit zu entfernen.

Herr Martin: Über Tubenerkrankungen.

Neben den verschiedenen Endergebnissen, dem Hydrops tubae, dem Pyo- und Hämatosalpinx, die jetzt in der Litteratur fast zu ausschließlich in den Vordergrund gestellt werden, empfiehlt es sich auch wohl, den verursachenden Momenten, den Erkrankungen der Tuben selbst mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Von 287 beobachteten Fällen mussten etwas mehr als die Hälfte der Erkrankungen als einfach vom Uterus fortgeleitet angesehen werden; von den übrigen waren die Hälfte puerperalen Ursprungs, von dem Rest beruhten $^5/_6$ auf gonorrhoischer Infektion, $^1/_6$ auf Tuberkulose. In 91 Fällen waren beide Seiten betroffen, die linke Seite allein in 138, die rechte allein in 58 Fällen. Eine Erklärungsursache für diese Bevorzugung der einen Seite ist M. nicht im Stande zu geben. Bei der Salpingitis lassen sich zwei deutlich abgrenzbare Formen unterscheiden: eine Endosalpingitis interstitialis und eine Endosalpingitis follicularis; letztere führt zur Durchsetzung der Tubenwand mit zahlreichen folliculären Hohlräumen, ähnlich den an der Portio vaginalis beobachteten Processen. Erst im weiteren Verlaufe nehme die Muscularis als solche an der Erkrankung Theil, die schließlich auch auf den serösen Überzug übergreife; dabei können die epithelialen und muskulären Elemente mehr oder minder vollständig zu Grunde gehen. Durch Verschluss und Abknickungen kommen die bekannten sackartigen Bildungen zu Stande. Eiterung in diesen Säcken ist wohl sicher auf den Eintritt von Mikroorganismen zu beziehen. Von diesen sind die der puerperalen Sepsis, die Gonokokken, die Tuberkelbacillen und die Aktinomykose in der Tuba sicher konstatirt worden. Auffällig ist der späte Auftritt der Erkrankung im Wochenbett. Die Schmerzanfälle sind nicht pathognomonisch, eben so wenig Menorrhagien. Die Prognose ist durchaus nicht so ungünstig; Heilung erfolgt durch Beendigung des Processes nicht selten so vollkommen, dass nachher wieder Gravidität eintreten kann. Sterilität ist übrigens während des Processes selbst besonders konstant. Die Therapie hat stets zunächst antiphlogistisch zu sein; ist diese erfolglos und die Symptome sehr schwere, so ist erst die Operation gerechtfertigt. M. hat dieselbe 62mal ausgeführt.

Herr Meinert (Dresden): Klinisches über die Exstirpation von Tuben- und Tuboovarialsäcken.

M. hält die Erkrankung der Tuben für ein sehr häufiges Leiden. Gonorrhoische Infektion ließ sich in der Mehrzahl seiner Fälle nachweisen, in den übrigen war sie ebenfalls mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Nur in einem einzigen Fall war dieselbe direkt auszuschließen. In drei nach exquisiter Scheidengonorrhoe entstandenen Tubensäcken bei Prostituirten gelang es nicht, Gonokokken nachzuweisen. In 2 Fällen von allgemeiner tuberkulöser Peritonitis fand er Tuber-

kulose der cystisch entarteten Tuben, und konnte Bacillen nachweisen. Das eine Mal, bei eitriger Peritonitis, war es Pyosalpinx, das andere Mal, bei seröser Peritonitis Hydrosalpinx. Dieser zweite Fall betraf ein 13jähriges Kind. Giftigkeit des Tubensekrets ist wohl oft, aber nicht nothwendig vorhanden. Das Platzen eines apfelgroßen Tubensackes bei der Untersuchung wurde ohne Reaktion vertragen; in einem anderen Falle folgte der Spontanruptur einer Pyosalpinx diffuse eitrige Peritonitis; die Kranke wurde durch Laparotomie gerettet. In 4 Fällen floss bei der Operation Eiter aus dem Sack in die Bauchhöhle; trotzdem verliefen 3 davon fieberlos, obgleich nicht ausgespült, sondern nur mit Jodoformgaze ausgewischt und drainirt wurde. Im 4. Falle, der schon nach seinem mit heftigen perimetritischen Erscheinungen verbundenen Verlauf einen sehr infektiösen Inhalt vermuthen ließ, erfolgte Heilung erst nach Überwindung hohen Fiebers. Die häufigste Benachtheiligung der Nachbarorgane durch Tubensekret entspringt aus den, zuweilen in zwiebelschalenartiger Weise über einander lagernden, fibrinösen Ablagerungen desselben. M. erzählt einen Fall, wo dieselben den Processus vermiformis abschnürten und Perforativperitonitis erzeugten. Diese Ablagerungen erfolgen nicht immer durch Ruptur, zum Theil auch durch Diapedese. Ein einheitliches Krankheitsbild lässt sich eigentlich nicht aufstellen. Auffallend häufig ist das Nervensystem afficirt; in hochgradigen Fällen der Art wurden durch die Playfair'sche Methode günstige Resultate erzielt. In einem Drittel von M.'s Fällen waren die Symptome nur gering, im zweiten Drittel mehr oder weniger quälend und nur im Reste derselben (15) drängten sie zur Operation. Die Größe der Säcke an sich hat mit der Schwere der Symptome nichts zu thun; über faustgroße Tumoren kamen fast ohne Beschwerden vor; sie liegen dann frei in oder über dem Beckeneingang. Je stürmischer die Initialsymptome der gonorrhoischen Salpingitis, desto schwerer gewöhnlich der Verlauf. Mehrere Fälle nach frischester Infektion, in einem nachweislich kaum vor 5 Wochen vor sich gegangen, wurden durch die Operation geheilt. Dreimal beobachtete M. profluirende Tubensäcke; zwei wurden operirt, einer ist noch in Beobachtung. Von den 15 operirten genasen 14; 1 starb an Tetanus; einmal operirte er von der Vagina aus, 14mal durch Laparotomie. Meist waren beide Seiten, allerdings verschieden stark, erkrankt; 7mal war die Hauptgeschwulst Pyosalpinx, 7mal Hydrosalpinx, 1mal war ein Hämotosalpinx (wahrscheinlich Tubenschwangerschaft) geborsten. Außer in diesem letzteren Falle wurden immer die Adnexa beider Seiten, die Ovarien eingeschlossen, entfernt; unvollendet blieb keine Operation. Orig.-Ref.

Herr Czempin (Berlin). Über die Beziehungen der Uterusschleimhaut zu den Erkrankungen der Adnexa des Uterus.

Die Erkrankungen der Uterusschleimhaut pflegen meist den Erkrankungen der Uterusadnexe voraufzugehen, indem die Krankheitserreger (Gonococcus, puerperale Sepsis etc.) von außen in den Genitalschlauch eindringend erst das Endometrium inficiren, um dann von hier aus sich auf die Adnexa zu verbreiten. Gegenüber diesen primären Schleimhauterkrankungen giebt es Veränderungen der Uterusschleimhaut, welche durch Erkrankungen der Adnexa bedingt und unterhalten werden — consecutive, sekundäre Erkrankungen. Der Beweis, dass eine Schleimhautveränderung sekundär aufgetreten ist, lässt sich schwerlich aus dem Vorhandensein oder der qualitativen oder quantitativen Steigerung der Schleimhautsekretion, des Ausflusses, führen. Beweisend vielmehr für diese Frage sind plötzliche Blutungen, welche im Verlaufe einer sich entwickelnden oder steigernden Erkrankung der Adnexe auftreten.

Als solche Erkrankungen fanden sich:

1) exacerbirende Entzündungsprocesse eines oder beider Ovarien oder der Ovarien und Tuben zugleich;

2) exacerbirende exsudative Parametritis;

3) pelveo-peritonitische Reizzustände, besonders in den Narben der Ligamenta lata nach Ovario- oder Salpingotomien;

4) einige in den Adnexen sich langsam entwickelnde Tumoren (Pyosalpinx, Ovarialsarkom und -carcinom).

Die klinische Beobachtung der einschlägigen Fälle zeigte, dass selbst da, wo ursprünglich eine Schleimhauterkrankung der Adnexaerkrankung voraufging, erstere im Laufe der Jahre bereits zur Heilung gelangt war, und dass vor dem Neuauftreten jener Entzündungen der Adnexa jedes Symptom einer Schleimhauterkrankung fehlte.

Das Auftreten der Blutungen hat für d einzelnen Formen der Adnexaerkrankungen etwas Typisches, indem die klinischen Bilder der einzelnen Gruppen oft übereinstimmen. Interessant sind die nach doppelseitiger Ovario-Salpingotomie auftretenden Blutungen, für welche C. nicht, wie dies wohl öfters gedeutet wurde, eine Gewöhnung des Organismus an die menstruelle Blutung geltend macht, sondern einen in seinen Beobachtungen sicher zu konstatirenden Reizzustand der Beckenbauchfellnarben, der zu fortdauernder Kongestion und schließlich zu Hämorrhagie der Uterusschleimhaut führte.

In einigen Fällen gelangte die zur Stillung der Blutung abgekratzte Schleimhaut zur mikroskopischen Diagnose. Es fanden sich bei den Formen von Pyosalpinx, Neubildungen in den Ovarien, so wie Fällen von chronischer Oophoritis, welche mit bedeutender Vergrößerung des Organs einhergingen, eine der Endometritis hyperplastica Olshausen's entsprechende massige Verdickung der Schleimhaut sowohl adenomatöser, wie interstitieller Natur. In einer anderen Reihe von Fällen war die Schleimhaut nur unerheblich verdickt, in noch anderen fand sich trotz der starken Blutung keine erhebliche Veränderung vor. Für die letzteren Fälle macht C. eine durch die entzündlichen Veränderungen in den Adnexen unterhaltene arterielle Kongestion für das Zustandekommen der oft starken Blutungen verantwortlich. Orig.-Ref.

Herr Schramm (Dresden): Über Kastration bei Epilepsie.

In der Litteratur sind 12 Fälle von Kastration bei Epilepsie und epileptiformen Krämpfen verzeichnet, die hauptsächlich von Amerikanern und Engländern ausgeführt worden. Das Resultat erscheint gegenüber der Kastration bei anderen Krampfformen weniger günstig. Von 12 Fällen sind 4 geheilt, 2 gebessert, 4 ungeheilt, 2 in Folge der Operation gestorben. Obgleich Hegar die Kastration auch bei Epilepsie für indicirt hält, sobald diese von einer Erkrankung des Genitalapparates abhängig ist, verhält man sich in Deutschland doch noch skeptisch dieser Operationsindikation gegenüber. Einige Aussicht auf Erfolg gäbe selbstverständlich nur die Reflex- oder Menstrualepilepsie, bei welcher der Kausalnexus zwischen dem epileptischen Anfall und einer Erkrankung der Genitalorgane nachweisbar, oder wo mindestens ein Zusammenhang mit der Ovulation und Menstruation besteht. Die echte genuine Epilepsie käme hier nicht in Betracht, da sie der kausalen Behandlung keinen Angriffspunkt bietet. Schramm hält den Standpunkt der Amerikaner, die Kastration auch bei Abwesenheit einer pathol.-anatom. Grundlage als letztes Mittel bei Epilepsie vorzunehmen, nicht für ungerechtfertigt, und weist die Einwirkung des künstl. Klimax als Heilmittel bei 2 Fällen von schwerer Epilepsie nach, die durch die Kastration völlig hergestellt worden sind. In dem einen Falle, einem 27 Jahre alten Mädchen, das hereditär neuropathisch belastet (Mutter und 3 Geschwister sind epileptisch), wurden nach vieljähriger Behandlung als Ultimum refugium die gesunden Ovarien exstirpirt. Nach der Operation waren zur Periodenzeit noch einige Anfälle wiedergekehrt, die dann seit mehr als 1 Jahr nicht mehr aufgetreten sind. Eben so günstig verlief ein 2. Fall, bei dem eine geringfügige kleincystische Entartung am rechten Ovarium sich fand. S. hat die Ansicht, die, wie ihm scheint, auch von Schröder getheilt wird, dass bei allgemeinen Neurosen die Fortnahme der Geschlechtsdrüsen durch Aufhebung ihrer Funktionen heilend wirken könne, und dass die Entfernung nicht nachweisbar erkrankter Ovarien als letztes Mittel gerechtfertigt sei. Orig.-Ref.

(Ausführliche Mittheilung in einer gynäkol. Zeitschrift.)

Herr Schröder: Über die Kastration bei Neurosen.

Die Indikationen zur Herausnahme kranker Eierstöcke seien klar und unanfechtbar. Principiell ganz anders steht es um die Exstirpation der Ovarien, um

die Menopause vorzeitig herbeizuführen. Hier müssen beide Ovarien entfernt werden. Der Zweck wird erreicht, auch wenn dieselben gesund sind. »Trotzdem kommt Hegar auf indirektem Wege dahin, die Kastration nur bei pathologischen Veränderungen der Eierstöcke oder anderer Theile des Genitalkanals zuzulassen, weil er die Exstirpation nur in ihrer Rückwirkung auf die Genitalien als berechtigt anerkennt, oder wenn Neurosen durch pathologische Veränderungen in den Ovarien bedingt sind.« Dies kann S. nicht als berechtigt anerkennen. So, wie man gesunde Ovarien entferne, weil z. B. der Uterus einen Tumor habe, d. h. um eine Rückwirkung auf dieses Organ auszuüben, so kann man auch bei allgemeinen Neurosen gesunde Eierstöcke entfernen, um eine heilsame Rückwirkung auf den Gesammtorganismus zu erreichen.

»Ob und in wie weit Neurosen von pathologischen Veränderungen in den Eierstöcken abhängig sind, wissen wir nicht. Schwere Neurosen können nach der natürlichen oder künstlichen Menopause schwinden, ohne dass deutlich pathologische Veränderungen in den Ovarien vorhanden sind.« Außerdem wüssten wir noch gar nicht, eine bestimmte Grenze des Pathologischen und Normalen in den Eierstöcken zu ziehen. Der Erfolg der Exstirpation gesunder Ovarien bei Uterusmyom sei nur durch die Erfahrung festgestellt; eben so kann die vorliegende Frage nur auf diesem Wege entschieden werden. R. theilt desshalb einige Krankengeschichten mit. R. hat 12mal aus dieser Indikation operirt, kann dieselben aber wegen Kürze der verflossenen Zeit noch nicht alle verwerthen. 3 Fälle mit sehr günstigem Resultat sind $8^1/_2$, 7 und 5 Jahre alt; zwei derselben haben geheirathet. »Aus diesen Fällen geht hervor, dass bei Ovarien, die vom normalen Verhalten nicht abweichen, schwere Neurosen durch Kastration Heilung finden können. Unsere Aufgabe wird es sein, die Fälle genauer zu bestimmen, in denen dies erwartet werden kann. Nach meiner Erfahrung ist dies besonders dann der Fall, wenn in der Ätiologie geschlechtliche Verhältnisse eine hervorragende Rolle spielen.«

(Fortsetzung folgt.)

---

# Kasuistik.

## 1) Aus den Verhandlungen der Société de chirurgie de Paris.

Sitzung vom 6. Januar 1886.

Berger berichtet über 4 von Jeannel ausgeführte Laparotomien, bei deren einer sich im Anschluss an die Operation spontan zur Heilung gelangte ileusartige Erscheinungen entwickelten (Kothbrechen etc.), über deren Deutung als Peritonitis oder Ileus sich in der Gesellschaft Meinungsverschiedenheiten geltend machen. Der zweite ein geheiltes Myom, das sich zwischen die Blätter des Lig. lat. entwickelt hatte und am Coecum adhärirte, im dritten wurde in Folge eines diagnostischen Irrthums ein Dickdarmcarcinom statt des vermutheten Ovarialtumors mit Bildung eines Anus praeternaturalis exstirpirt, Tod an allgemeiner Peritonitis, im letzten, der ein Carcinom der Mesenterialdrüsen betraf, endete die Probeincision tödlich.

Terrier theilt seinen 3. Fall von Vaginalexstirpation mit. Heilung. In der daran anschließenden Debatte treten Tillaux, Verneuil-Deprès einerseits wegen der geringeren Operationsgefahr, andererseits wegen der selbst in günstig für die Operation liegenden Fällen doch beobachteten Recidive für die Excision des Cervix ein, mit der Verneuil durchschnittliche Verlängerung der Lebensdauer um 22—24 Monate erreicht haben will, während Terrier bei seiner Indikationsstellung, der sonst bei Carcinom z. B. der Mamma allgemein geübten, bleibt und betont, dass erst große Zahlen ein Urtheil geben könnten. (Bekanntlich werden auch bei uns schon seit längerer Zeit gewichtige Stimmen gegen die Verallgemeinerung der Totalexstirpation laut [Schröder, Hofmeier] Ref.)

Sitzung vom 13. Januar 1886.

Terillon hat ein großes Lipom aus dem Mesenterium eines Mannes exstirpirt. Abmagerung, Leibesumfang 126 cm, Fluktuation, Punktion resultatlos. Bei der Operation wird der Sitz zwischen den Mesenterialblättern erkannt, mühsame Ausschälung, die zurückbleibende große Tasche durch Nähte verkleinert, geschlossen. Allmählicher Collaps unter fötiden Durchfällen, Tod nach 32 Tagen.

Der Tumor war ein Myxolipom. Sektion ergab chronische Peritonitis, Insufficienz der Mitralis.

Die Litteratur bietet bisher 15 Fälle (cf. später 1 Péan'scher, Gaz. des hop. No. 39), die sich allmählich in 2—3 Jahren entwickelten, häufig Adhäsionen bildend, Ascites 1mal beobachtet in T.'s Fall. Wegen der meist bestehenden Pseudofluktuation wurde bei Frauen Ovarientumor vermuthet. Diagnose meist erst bei der Operation. Letztere schwierig wegen der Adhärenzen. Peritonitis oder Shock sind die häufigsten Todesursachen; häufig bestanden chronische intestinale Störungen. (Es dürfte nicht überflüssig sein auf die nach der Exstirpation derartiger Tumoren mit Durchschneidung der Mesenterialgefäße nach den Erfahrungen von Lauenstein, Rydygier etc. naheliegende Gefahr der Gangrän einzelner Darmpartien aufmerksam zu machen. Vielleicht sind die von T. beobachteten Durchfälle auf Cirkulationsstörungen zurückzuführen, die Sektion berichtet leider hierüber nichts. Ref.)

Pozzi hat eine Haematocele retro-uterina durch Laparotomie, Ausräumung der Coagula z. Th. mit dem Löffel Entleerung von 500 g flüssigen Blutes, Abdominal-Vaginaldrainage in 5 Monaten geheilt.

Sitzung vom 20. Januar 1886.

Deprès hat bei einem 14jährigen Mädchen eine Hämatometra beobachtet, die einen bis zum Nabel reichenden Tumor vorstellte und ihm, da derartige Tumoren erst im späteren Alter beobachtet werden (19—25 Jahr), er aber unbegreiflicherweise, wie auch von M. See, Trélat etc. betont, nicht touchirt hatte, viele diagnostische Schwierigkeiten machte, welche durch eine nach Eintritt einer Genitalblutung eintretende Verkleinerung des Tumors gelöst wurden. Außer Deprès sind die Redner für ein aktives operatives Vorgehen.

Sitzung vom 3. Februar 1886.

Lucas Championnière verliest einen von Delesmare ausgeführten Porro.

Rachitica, 2? Jahre alt, 8 Monate gravida, Conjugat. vera 5 cm, am 1. November Wasserabfluss, 3 Stunden später Porro mit Herauswälzung des Uterus nach Müller's Vorschrift. Kind 3600, asphyktisch, zum Leben gebracht. Stiel in Wunde eingenäht, vollkommene Heilung.

Championnière hält die Methode von Müller, extraabdominal zu operiren, wegen der großen Bauchwunde für unzweckmäßig, spricht sich überhaupt wegen nach der Porro'schen Operation auftretender nervöser Störungen, Menstruationsanomalien etc. gegen sie und für die einfache Sectio caesarea aus. Für beide beträgt die Mortalitätsstatistik 56%. (Wenn auch aus anderen Gründen als den von C. angeführten, kommt ja auch bei den deutschen Geburtshelfern nach den Resultaten von Sänger, Leopold die alte Sectio caesarea zu ihrem Recht und dürfte der Porro wohl wesentlich für Fälle von gleichzeitiger Tumorenbildung am Uterus bestehender Infektion desselben etc. zu reserviren sein. Ref.)

Sitzung vom 3. März 1886.

Terillon berichtet über einen sehr interessanten Fall von Sarkom der Uterusschleimhaut mit Verlegung des Orif. internum und consecutiver, bis zu 7 Liter haltender Hämatometra, die einmal (Sondirung gelang nicht) durch Punktion entleert, zur Laparotomie führte und durch die Péan'sche Operation unter extraperitonealer Stielbehandlung behandelt wurde. Nach 2 Monaten Tod an Erschöpfung.

Tillaux erwähnt einen Fall, in dem er durch mehrfache Curettements zu viel Zeit verlor und die Operation später wegen Adhäsionen unvollendet bleiben musste, während Gillette auch bei Sarkomen auf diese Weise definitive Heilungen erzielt haben will. Letzteres wird mit Bezug auf die Recidivfähigkeit dieser Ge-

schwülste bestritten, wenn auch nach Terillon manchmal relativ lange Pausen der Krankheit eintreten. **Hadra** (Berlin).

### 2) **Bompiani** (Rom). Retention des Fötus im Uterus.

(Annali di ostetricia etc. 1886. März.)

Die Fünftgeschwängerte, mit einem großen submukösen Myom der vorderen Uteruswand behaftet, stieß am rechtzeitigen Ende der Schwangerschaft einen 9 cm langen Fötus aus, der die gewöhnlichen Charaktere des Foetus compressus zeigte. Die Placenta ging nicht ab, scheint aber in Form von Detritus durch die vielen intra-uterinen Einspritzungen ausgespült worden zu sein. Befinden gut. In den späteren Monaten treten starke Blutungen auf; in diesem Falle (wie in sehr vielen anderen italienischer Ärzte) hatten subkutane Injektionen von Citras ferri ganz außerordentlich günstige Resultate. **Liebman** (Triest).

### 3) **Fasola** (Florenz). Sänger'scher dann Porro'scher Kaiserschnitt.

(Gazz. delle cliniche 1886. I. Sem. No. 24—25.)

Die rachitische Zweitgebärende (Conj. vera 68—70 mm) wurde das erste Mal durch Perforation entbunden. Man entschloss sich bei der zweiten Entbindung zum Kaiserschnitt nach Sänger. Operirt wurde 10 Stunden nach Beginn der Wehenthätigkeit. Das reife, lebende Kind und die Placenta wurden leicht entfernt. Nach beendigter Sutur des Uterus, als die elastische Konstriktion gelöst wurde, begann die Gebärmutter gleich anzuschwellen in Folge einer enormen Blutung. Heiße intra-uterine Irrigationen, subkutane Ergotininjektionen, Massage des Uterus, wieder Anlegen der elastischen Schnur, Alles blieb vergebens, die Blutung kehrte immer wieder. Die Anämie wurde so hochgradig, dass Verf., nachdem er die Autotransfusion und excitirende (Moschus, Äther) subkutane Injektionen gemacht hatte, sich zum Porro entschloss. Konstringirt wurde durch die Kette eines Chassaignac'schen Ekraseurs, die dann, nach der ursprünglichen Porro-schen Vorschrift liegen blieb. Die Operation hatte $1^3/_4$ Stunden gedauert. Ziemlich normaler Wochenbettsverlauf. **Liebman** (Triest).

### 4) **Lessona** (Turin). Piscidia erythrina in der Geburtshilfe.

(Ibid. No. 8.)

In 106 Fällen wurden 5—15 g der Tinktur (extrahirt aus der Wurzel dieser aus Jamaika und St. Domingo stammenden Leguminose) innerhalb $1—1^1/_2$ Stunden gegen schmerzhafte Nachwehen oder bei Schwangeren wegen drohender Fehlgeburt, also etwa wo Opiate angezeigt sind, gereicht. In 71% der Fälle war der Erfolg ein günstiger. Das Mittel ist überhaupt ein gutes Sedativum und hat eine ausgesprochene hypnotische Wirkung. **Liebman** (Triest).

### 5) **Donzellini** (Vercelli). Künstliche Frühgeburt nach Krause.

(Ibid. No. 6 u. 7.)

Die Arbeit gipfelt in folgenden Corollarien:

1) Die Methode ist leicht, somit allen Praktikern zugänglich; die Gefahren (Verletzung des Fruchtsackes, Lösung der Placenta, Infektion) leicht zu vermeiden.

2) Von der Einführung des Katheters bis zum Beginn der Dilatation vergehen höchst selten mehr als 24 Stunden; dieses günstige Resultat wird auch dann erzielt, wenn man keine vorbereitende Kur (Karbolдusche) vorausgeschickt hat.

3) Die begonnene Geburtsarbeit geht gewöhnlich regelmäßig von statten; wenn dieses nicht geschieht, so muss die Verzögerung irgend einem anderen besonderen Grund zugeschrieben werden. **Liebman** (Triest).

### 6) **Maggia** (Padua). Einfluss der Menge des Fruchtwassers und der Länge der Nabelschnur auf den Fötus. (Vorläufige Mittheilung.)

(Sep.-Abdr. aus Atti e Memoire della R. accademia etc. Padua 1886.)

Je größer die Menge des Fruchtwassers, je länger die Nabelschnur, desto weniger entwickelt ist die Frucht; zukünftige Studien und größere Zahlen sollen dieses Gesetz noch erhärten. Verf. glaubt, dass die geringere Entwicklung der

Frucht durch den Wärmeverlust zu erklären sei, den das mütterliche Blut (besonders bei sehr langer Nabelschnur) durch Abgabe an das Fruchtwasser erleide.

**Liebman** (Triest).

7) **Pestalozza** (Pavia). Konvulsionen bei Schädeleindruck.

(Gazz. delle cliniche 1886. I. Serie. No. 7.)

Die Mutter hatte ein etwas verengtes, flaches Becken; nach langer Austreibungsperiode zeigte das spontan ausgestoßene, reife Kind am linken Scheitelbeine, unmittelbar hinter der Kranznaht und mit dieser parallel verlaufend, einen tiefen, langen, etwa 1,5 cm breiten Eindruck. Einige Stunden nach der Geburt begannen Anfälle von klonischen Krämpfen der ganzen rechten Körperhälfte, die 2—3 Minuten dauerten und sich öfters am Tage wiederholten. In dem Maße, als sich die Depression ausglich, nahmen die Konvulsionen ab. Als das Kind am 11. Tage die Anstalt verließ, waren sie fast vollständig geschwunden.

**Liebman** (Triest).

8) **Donzellini** (Vercelli). Übermäßige Entwicklung der Placenta als Ursache des tiefen Sitzes.

(Ibid. Juli 13 u. 27.)

Bei sechs in der Anstalt beobachteten Fällen von Placenta praevia hatte die Nachgeburt 4mal eine außerordentliche Größe. Da die Placenta nun oft im mittleren Segmente des Uterus ihren Sitz hat (Pinard), so ist es denkbar, dass dieselbe, wenn sie sehr groß wird, i. e. eine größere Fläche einnimmt, bei einem gewissen Stadium ihrer Entwicklung auch das gefährliche Gebiet des unteren Segmentes betrete, ohne dass man anzunehmen brauche, dass das Ei schon von Hause aus sich zu tief unten in die Gebärmutterhöhle eingenistet habe.

**Liebman** (Triest).

9) **Kirch** (Florenz). Fünflingsgeburt.

(Annali di ostetricia etc. 1886. Juni—Juli.)

Letzte Regeln 18. Juli 1885, subjektive Schwangerschaftserscheinungen bald darauf. Im September fing der Unterleib an zuzunehmen; gegen Ende des Jahres war er so enorm, dass die Schwangere das Bett hüten musste. Am 10. Februar 1886 maß die größte Cirkumferenz des Unterleibes 118 cm. Becken normal. Da es nicht möglich war, eine genaue Diagnose zu stellen, besonders ob nur Hydramnios mit mehrfacher Schwangerschaft, oder Schwangerschaft komplicirt mit Ovarialkystom vorliege, wurde eine Explorativpunktion gemacht, da Chiara nach einer solchen oft die Schwangerschaft ungestört verlaufen sah. Man extrahirte 400 g einer Flüssigkeit, die alle Charaktere des Fruchtwassers bot; 25 Stunden später erfolgte der spontane Blasensprung, worauf dann gleich Wehen begannen. Die erste Frucht (Knabe 1300 g, 390 mm) kam in Schulterlage zur Geburt; es stellte sich dann eine zweite Blase ein und auch die zweite Frucht (Knabe 1300 g, 380 mm) stellte sich in Schulterlage ein. Nach Extraktion der zweiten Frucht fühlte man zwei Blasen im Beckeneingange; in der einen befand sich eine Frucht in Kopflage, welche zuerst ausgestoßen wurde (Mädchen 940 g, 242 mm), in der anderen eine Frucht in Steißlage (Mädchen 1060 g, 365 mm). Schließlich stellte sich noch eine Blase mit der Frucht (Knabe 1240 g, 370 mm) in Kopflage ein. Alle Kinder starben innerhalb 48 Stunden an Sklerem. Die Nachgeburt wurde nach 20 Minuten spontan ausgestoßen. Gewicht 1120 g; 4 Placenten sind innig mit einander verbunden, von der mütterlichen Seite nicht von einander abzugrenzen, an der Fötalfläche ist die Abgrenzung deutlich; die 5. Placenta ist nur durch eine fibröse Brücke, welche zum Theil von den Eihäuten gebildet wird, mit den anderen Placenten verbunden. Puerperium normal bis zum 7. Tage; etwas Ascites war da, verschwand aber sehr bald. Am 7. Tage linksseitige Pneumonie, die bald in Lösung überging.

**Liebman** (Triest).

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt
für
# GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
**Heinrich Fritsch**
in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 46.** Sonnabend, den 13. November. **1886.**




(Aus dem allgemeinen Krankenhause zu Hamburg.)

## I. Inversio totalis uteri puerperalis. Drohende Gangrän. Heilung nach Laparotomie. Herausreifsung des Uterus mit vollständiger Zerstörung des Septum recto-vaginale. Heilung.


Von

Dr. med. **Gustav Schmalfufs.**


(Nach einem Vortrag gehalten im ärztlichen Verein zu Hamburg den 21. September 1886.)

Meine Herren! Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit einige Minuten in Anspruch nehmen für zwei Fälle, die ich als Assistent des Herrn Dr. Schede aufzunehmen und zu beobachten Gelegenheit gehabt habe, Fälle, die durch die Seltenheit ihres Vorkommens, durch die eingeschlagene Therapie, so wie den glücklichen Ausgang ein gewisses Interesse vielleicht verdienen mögen.

In dem ersten Fall handelte es sich um ein 19jähriges Dienstmädchen, Klara von der Lahr aus Hamburg, die als an Uterusvorfall leidend am 12. November 1885 der Anstalt überwiesen war. Anamnestisch erfuhr ich von ihr, resp. ihren Angehörigen, dass sie 10 Tage vor der Aufnahme zum ersten Mal niedergekommen sei. Der Blutverlust bei der Geburt sei ein sehr großer gewesen, die Hebamme habe die Nachgeburt gleich geholt — Näheres über die Art der Placentarentfernung

war nicht zu eruiren —, Pat. selbst habe dann drei Tage bewusstlos und in Krämpfen gelegen. Im Verlauf der nächsten 7 Tage sei noch dauernd in geringerer Menge Blut abgegangen.

Pat. war eine gracil gebaute, hochgradig anämische Person mit kleinem sehr leicht unterdrückbarem Puls, dessen Frequenz zwischen 120 und 140 schwankte, Temperatur schien nicht erhöht. Durch die schlaffen Bauchdecken war ein Uterus nicht zu fühlen. Vor dem Scheideneingang lag ein gut mannsfaustgroßer, blaurother, ödematöser Tumor, der, sich nach oben verjüngend, wie ein gestielter Polyp aus dem ihn eng und starr umschließenden Muttermund herausragte. Bimanuell war sofort das Fehlen des Uteruskörpers in der Fortsetzung der Vaginalportion zu konstatiren, statt dessen fühlte man deutlich jenen charakteristischen Trichter, der in obigen Tumor hineinführte und dessen Ränder vom Cervix gebildet wurden. Der obere Rand des Trichters mochte etwa der Mitte zwischen innerem und äußerem Muttermund entsprechen. An der hinteren linken Fläche des Tumors befand sich eine durch das Gefühl und das Gesicht leicht erkennbare rauhere, mit Thromben und Gerinnseln besetzte Stelle, an der dauernd eine geringe Blutung zu konstatiren war. Es handelte sich also um eine totale Inversion des puerperalen Uterus. Der Versuch der Reinversion ohne Narkose musste wegen der hochgradigen Empfindlichkeit der Pat. aufgegeben werden, aber auch nach der sofort eingeleiteten Narkose gelang wider Erwarten die Reinversion nicht. Ich ging in der Weise vor, dass ich nach Fixirung der Muttermundslippen durch vierzinkige Muzeux'sche Haken durch Druck bald vom Fundus aus, bald von dem einen oder anderen Tubenwinkel, durch allmähliches Einschieben von dem Muttermund nahe gelegenen Partien der vorderen, hinteren oder seitlichen Wand den Körper zurückzubringen versuchte, während ich selbstverständlich gleichzeitig den Trichter durch die auf den Bauchdecken liegende Hand möglichst dilatirte. Bei diesen Versuchen zeigte sich, dass die Uteruswand an verschiedenen Stellen so morsch und brüchig war, dass bei irgend einer Forcirung der Reinversionsversuche eine Perforation der Wand unvermeidlich gewesen wäre. Es war sichtlich die partielle Gangrän des abgeschnürten Uteruskörpers nahe bevorstehend.

Unter diesen Umständen erschien es mir kontraindicirt, mit diesen Versuchen fortzufahren, anderseits musste bei der bestehenden Anämie eine definitive Blutstillung noch denselben Abend herbeigeführt werden; ein Kompressivverband würde, falls er die Blutung sicher stillen sollte, mit Sicherheit die Gangrän des Uterus beschleunigt haben und damit die schon so geschwächte Pat. der Gefahr der Jauchung mit all ihren Konsequenzen ausgesetzt haben. Eine etwaige baldige spontane Reinversion nach angelegtem Kompressivverbande war bei der Starrheit des Einschnürungstrichters sehr unwahrscheinlich. Mir schien die einzige Rettung für die Person, falls man nicht gleich die Uterusexstirpation vornehmen wollte, in einer sofortigen Laparotomie zu liegen, indem ich annahm, dass nach genügender Dilatation des Trichters von der Bauchhöhle aus die Reinversion des Uterus unter Kontrolle der im Trichter liegenden Hand leicht und gefahrlos müsse geschehen können. Bei den gleichmäßig guten Resultaten, die in den letzten Jahren die Laparotomien im allgemeinen Krankenhause ergeben haben, schien mir dies Verfahren das für die Pat. bei Weitem schonendste zu sein. Herr Dr. Schede, den ich benachrichtigte, hielt ebenfalls die Indikation zur Laparotomie für eine absolute und nahm noch am selben Abend die Operation vor. Der Erfolg entsprach unseren Erwartungen. Unter den üblichen antiseptischen Kautelen ward eine etwa 15 cm lange Incision oberhalb der Symphyse in der Linea alba gemacht, der vordere Rand des Trichters mit Muzeux'schen Haken gefasst, nach oben gezogen und dem Gesicht zugängig gemacht. In den Trichter hineingezogen waren die Tuben, Ovarien und ein Theil der Ligamenta lata und rotunda. Dilatation des Trichters mit den hakenförmig eingesetzten Fingern. Während Dr. Schede nun durch die in den Trichter eingeführten Finger kontrollirte, drückte ich vermittels eines etwa 3—4 cm im Durchmesser haltenden Stielschwammes die umgestülpte Wand nach oben, und sofort gelang die Reinversion mit ganz überraschender Leichtigkeit. Nach Ausspülung des Uterus mit kaltem Borwasser Kontraktion dessel-

ben und Aufhören der Blutung. Hierauf lockere Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze, Schluss der Bauchwunde mit durchgreifenden Seidennähten, fortlaufender Katgutnaht der Serosa und der Haut.

Der weitere Verlauf war ein absolut guter: die ersten 5 Abende betrug die Temperatur zwischen 37,8 und 38,4, Puls schwankte zwischen 100 und 120. Am zweiten Tage ward der Tampon entfernt, der Muttermund war noch für einen Finger durchgängig. Am 9. Tage fand der erste Verbandwechsel statt, sämmtliche Seidennähte wurden entfernt, volle prima. Pat. verließ etwa am 16. Tage das Bett, nachdem eine gut sitzende Leibbinde für sie angefertigt war. Wir behielten die Pat., um sie zu Kräften zu bringen, noch mehrere Wochen im Krankenhause. Etwa 10 Wochen post operationem untersuchte ich Pat. nochmals; der an diesem Tage aufgenommene Status war folgender: Linear geheilte Bauchnarbe. Introitus sehr weit. Von der hinteren Kommissur eine schräg nach links hinten verlaufende Narbe. Karunkeln. Beim Pressen wölbt sich die vordere Scheidenwand als halbhühnereigroßer Wulst aus dem Introitus. Vaginalportion in der Spinallinie, etwa 2 cm lang, Muttermund Querspalte, aus ihm quillt glasiger Schleim. Durch Druck des Speculums entsteht geringes Ektropium beider Lippen. Uteruskörper hart, von normaler Größe, in leichter Antecurvatur, leicht beweglich und in jede Lage zu bringen. Linkes Ovarium etwas unterhalb der Linea terminalis, gleich weit von vorn und hinten etwas näher der Linea terminalis, mandelgroß, beweglich. Rechtes Ovarium etwas weiter nach hinten als das linke, mandelgroß, beweglich. Das Befinden der Pat. war ein vollständig gutes, Menses waren noch nicht wieder eingetreten. In späterer Zeit habe ich dieselbe nicht wieder gesehen.

Beim Nachschlagen der Litteratur über Uterusinversion fand ich, dass Thomas schon zweimal denselben Weg zur Reposition eingeschlagen hat; in dem einen Fall erfolgte Genesung, trotzdem bei der Operation ein perforirender Scheidenriss entstanden war, der zu einer starken Nachblutung nach außen und in die Bauchhöhle führte; in dem zweiten Fall erlag die Kranke einer Peritonitis. Beide Mal soll die Reposition sehr schwierig gewesen sein. Wie lange post partum von ihm die Operation vorgenommen war, habe ich nicht finden können.

Es liegt mir selbstverständlich fern, die in unserem Fall eingeschlagene Therapie für alle nicht ganz leicht zu reponirenden Fälle von Uterusinversion zu empfehlen: ich glaube, dass dieselbe indicirt ist in den Fällen von Inversion, in denen der Uterus stark eingeschnürt ist und bei längerem Zuwarten, insbesondere falls zugleich Tamponade oder Kompression nöthig ist, voraussichtlich der partiellen oder totalen Gangrän zu verfallen droht. Ein vorsichtiger Repositionsversuch wird stets vorhergehen müssen. Scheitert aber dieser, so ist das in unserem Fall eingeschlagene Verfahren sicher das schonendste und in der Hand des geübten Antiseptikers ungefährlichste. Dass es ein weniger gefährliches und zugleich idealeres Operationsverfahren als die Abtragung des invertirten Uterus oder die Totalexstirpation ist, bedarf wohl keines Beweises.

Der zweite Fall, über den ich Ihnen berichten möchte, betrifft eine Frau, Marie Behnke aus Lübeck, z. Z. in Hamburg, die am 1. December 1885 von der Polizei ins Krankenhaus gebracht wurde. Anamnestisch erfuhr ich von ihr, resp. von der Polizei und aus den späteren Gerichtsverhandlungen Folgendes: Pat. hatte am Abend des 30. November mit 2 Arbeitern viel getrunken; auf dem Nachhausewege hatten diese dann bei ihr, wohl nicht ganz ohne ihr Einverständnis, den Beischlaf ausgeführt. Sie hatte darauf plötzlich einen sehr starken Schmerz im Unterleib gespürt und war bewusstlos geworden. So war sie am folgenden Mittag gegen 12 Uhr aufgefunden und Nachmittags gegen 3 Uhr, etwa 14 bis 15 Stunden nach der That, ins Krankenhaus gebracht, ohne vorher von irgend Jemandem untersucht zu sein. Ich fand eine 40jährige, etwas stupid aussehende Frau, deren Kleider und Unterzeug mit Erde und Blut reichlich beschmutzt waren. Sie selbst sah angegriffen und etwas anämisch aus, etwa wie eine Frau, die so eben niedergekommen ist. Der Puls war klein, leicht unterdrückbar, doch nicht eigentlich schlecht, das Sensorium war völlig klar. Fieber schien nicht vorhanden zu sein. Bis auf ein stärkeres Brennen im Unterleib war sie ohne Schmer-

zen. Nach ihrer Entkleidung zeigte sich der ganze Unterkörper ebenfalls mit Straßenschmutz und Blut besudelt. Vor dem Introitus sah man einen größeren mit Erde und Gerinnseln bedeckten Fleischklumpen, den ich im ersten Moment für eine nicht ganz ausgestoßene Placenta zu halten geneigt war. Nach vorgenommener Reinigung konnte ich jedoch konstatiren, dass jener Fleischklumpen der Uterus war: es war die vordere Mastdarmwand und das ganze Septum recto-vaginale total zerrissen, der Uterus war fast vollständig von seinen Verbindungen abgerissen und nach hinten umgestülpt und lag so vor dem Introitus, dass der Muttermund nach der vorderen Scheidenwand, der Fundus nach dem Erdboden sah. Gehalten wurde er nur noch durch den erhaltenen Theil des vorderen Scheidengewölbes, so wie einen kleinen Theil des linken Ligaments. An den Seitenkanten des Uterus konnte man Theile der Ligg. rotunda, der Tuben und der Ligg. lata konstatiren, am Fundus und der Rückwand des Uterus sah man ältere pseudomembranöse Auflagerungen, die Eierstöcke waren nicht sichtbar. Die Blase und Harnröhre waren intakt, wenigstens floss durch den eingeführten Katheter klarer Urin im Strahl aus. Ich begnügte mich, Letzteres zu konstatiren, ließ aber im Übrigen die Blase gefüllt, um nicht durch Entleerung derselben eine Verschiebung in der ja jedenfalls günstigen Lagerung der Intestina herbeizuführen. Irgend welche Anzeichen einer allgemeinen Peritonitis waren bis jetzt nicht vorhanden, die Blutung stand augenblicklich ebenfalls. Ich trug nun, um möglichst einfache Wundverhältnisse zu schaffen, den Sekretabfluss zu sichern und die doch der Gangrän verfallenen Theile zu entfernen, zunächst den Uterus ab, indem ich um vorderes Scheidengewölbe und den erhaltenen Theil des Ligaments eine elastische Ligatur anlegte und vor derselben abschnitt. Keine Blutung. Eben so trug ich, meist nach vorheriger Ligirung mit Katgut, zerfetzte Partien der Scheide und des Septums ab. Genau festzustellen, wie weit hinauf die Verletzung reichte, unterließ ich, um nicht den voraussichtlich verlegten Peritonealraum zu eröffnen. Nun spülte ich die Kloake sehr vorsichtig mit Sublimatlösung 1 : 5000 aus, tamponirte sie locker mit Jodoformgaze und entleerte endlich die Blase, die ca. 1—1½ Liter Urin enthielt. Pat. ward hierauf ins erwärmte Bett gebracht und so gelagert, dass der Oberkörper erhöht war, die Schenkel einander genähert.

Aus der Art der Verletzung konnte mit Sicherheit geschlossen werden, dass der betreffende Thäter mit der Hand ins Rectum eingedrungen war und von hier aus unter Eröffnung des Peritonealraumes den Uterus gefasst, nach hinten umgestülpt und mit Zerstörung des ganzen Septum recto-vaginale herauszureißen versucht hatte. Dass noch keine allgemeine Peritonitis bestand, hatte die Frau wohl der stark gefüllten Blase, die vielleicht das kleine Becken gegen das große abschloss, möglicherweise auch alten Adhäsionen, die, nach dem Befund am Uterus zu schließen, vorhanden sein konnten, zu verdanken. Günstig war ferner wohl die etwa 12stündige Ohnmacht; die Theile hatten Ruhe und Zeit lose zu verkleben, günstig war besonders, dass nicht schon Heilgehilfen oder Hebammen therapeutische Versuche gemacht hatten.

Pat. gab in den nächsten Tagen keine Minute zur Besorgnis Anlass: die Temperatur stieg zwar an den ersten Abenden bis 38,5, 39, 38,7, Puls und Allgemeinbefinden waren aber dabei völlig gut. Urin wurde von Anfang an spontan entleert; Pat. vertrug flüssige Diät gut, hatte kein Aufstoßen, erbrach nicht. Am ersten und zweiten Abend erhielt sie je 10 Tropfen Opiumtinktur. Am dritten Tage erfolgte spontan reichlich breiiger Stuhl. Der Tampon wurde entfernt. Am vierten Tage wurde die Kloake vorsichtig ausgespült. Bis zum 14. Tage gingen sehr reichliche breiige Stühle unwillkürlich ab; vom 14. Tage an erhielt Pat. regelmäßig Sitzbäder, am 17. wurde die elastische Ligatur mit dem abgeschnürten Stück durch leichten Zug entfernt. Am 21. Tage riskirten wir es, eine genaue Untersuchung auf dem Stuhl vorzunehmen: Es bestand eine tiefe Kloake, deren vordere und vordere seitliche Wände von Scheidenschleimhaut, hintere und hintere seitliche Wände von Mastdarmschleimhaut gebildet wurden, beide waren getrennt durch einen schmalen Granulationsstreifen; die innere (obere) Grenze bildet eine ca. 5 cm lange (von vorn nach hinten gerechnet) und 3 cm breite gut granulirende

Wundfläche, nach hinten und unten schließt sich dieselbe unmittelbar der dort befindlichen Darmöffnung an, die ein für einen Finger bequem durchgängiges Lumen zeigt. Vom 23. Tage an stand Pat. auf.

Es galt nun, der Pat. die Kloake zu beseitigen und den Mastdarmschluss wieder herzustellen, also ein neues Septum recto-vaginale zu bilden.

Am 29. Januar 1886 wurde nach der üblichen Vorbereitung der erste Akt der Operation von Dr. Schede vorgenommen. Es ward ein ca. 2 cm breiter Streifen an der Grenze zwischen Scheiden- und Mastdarmschleimhaut an beiden Seitenwänden der Kloake angefrischt, die Streifen trafen sich oberhalb der Einmündungsstelle des Darmes. Die Länge der Anfrischung betrug etwa 8 cm. Die Naht fand in der Weise statt, dass die Mastdarmschleimhaut mit wenig darüber liegendem Gewebe durch fortlaufende Katgutnaht vereinigt wurde. Nach der Scheide hin wurden tiefgreifende, jedoch die Mastdarmschleimhaut nicht mitfassende, Silberdrahtnähte und oberflächliche Katgutnähte gelegt. Im oberen Winkel, wo Anfrischung und Naht sehr schwierig war, wurden auch einige versenkte Katgutnähte angewandt. — Das an diesem Tage neu gebildete Septum hatte etwa 8 cm Länge. Am 18. Februar wurden die Silbernähte entfernt, volle prima. Fester Stuhl konnte schon jetzt eine Zeit lang gehalten werden, flüssiger Stuhl und Flatus gingen noch unwillkürlich ab.

Am 20. März führte ich mit Erlaubnis Dr. Schede's die Operation des kompleten Dammrisses aus [1]. Das hierbei neugebildete Stück Septum hatte noch eine Länge von ca. 5 cm. Genäht wurde wie bei der vorigen Operation: oberflächliche Mastdarmnähte mit Katgut, tiefgreifende Scheidennähte mit Silberdraht, oberflächliche mit Katgut, nach dem Damm zu ebenfalls tiefe Silber-, oberflächliche Katgutnähte. Nach Beendigung der Operation durchschnitt ich den Sphincter ani offen nach hinten. Am 23. März erfolgte Stuhlgang, am 30. wurden die Dammnähte entfernt, am 7. April stand Pat. auf, am 29. April wurden die Scheidennähte entfernt. Absolute prima intentio. Funktionell bestand schon etwa vom 8. Tage an ein volles Resultat, Stuhl und Winde wurden vollständig gehalten.

Wenn Sie sich die Pat. nun ansehen wollen, meine Herren, so werden Sie kaum noch Spuren der stattgehabten kolossalen Verletzung bemerken. Sie sehen den gut kontrahirten Sphincter ani, zwischen ihm und dem Introitus vaginae den ca. 4 cm breiten Damm, an dem Sie erst bei sehr genauer Betrachtung eine feinste lineare Narbe erkennen können. Der Introitus selbst ist mäßig weit, für 2 Finger etwa durchgängig; durch ihn gelangen Sie in einen etwa 8 cm langen Blindsack, die neu gebildete, beträchtlich geschrumpfte Scheide, an deren hinterer Wand Sie die lineare Narbe erkennen werden. Führen Sie einen Finger in den After, so werden Sie sich von der guten Funktion des Sphincters, bei gleichzeitig in die Scheide eingeführtem Daumen von der Dicke und Festigkeit des Septums überzeugen.

Irgend welche mit der eventuell fortdauernden Funktion der Eierstöcke in Zusammenhang zu bringende Beschwerden sind nicht aufgetreten.

Der herausgerissene Uterus, den ich Ihnen ebenfalls mitgebracht habe, zeigt außer den oben erwähnten Auflagerungen und der unregelmäßigen Rissfläche nichts Bemerkenswerthes.

---

[1] Die Anfrischungsfigur entsprach ungefähr den in Hegar und Kaltenbach »Operative Gynäkologie«, 2. Auflage, p. 809 und 812, Fig. 237 und 243 wiedergegebenen Verhältnissen.

# II. Bericht über die Verhandlungen der gynäkologischen Sektion der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Berlin.

Von

**Dr. Zeiss in Erfurt.**

(Fortsetzung.)

**Sitzung am Dienstag, den 21. September, 2 Uhr Nachmittags.**

Vorsitzender: Herr Kehrer.

a) Es wird zunächst über die Vorträge der Herren Schramm und Schröder die Diskussion eröffnet.

Herr Hegar »muss gegen 2 Missverständnisse Einsprache erheben. Er hat die Kastration, bei welcher gesunde Eierstöcke wegen Neurosen weggenommen werden, nie verworfen, sondern nur die Gegenwart einer mit der Neurose in kausalem Zusammenhang stehenden, pathologischen Veränderung eines Sexualorgans als Voraussetzung verlangt. Außerdem hat er die Kastration bei ganz gesundem Genitalapparat nicht absolut verworfen, sondern nur gesagt, dass bei dem jetzigen Stande unseres Wissens Anzeigen derart nicht begründet werden können. Er hat sogar auf die Mittel und Wege hingewiesen, auf welchen man zur Begründung solcher Indikationen gelangen könne.« »Sicher sei, dass hochgradige, das Leben verbitternde nervöse Beschwerden als Folge von Sexualerkrankungen auftreten. Heilung durch Kastration sei möglich, auch bei Uterinerkrankungen, sobald durch die Operation diese beseitigt werden.« Die kleincystische Degeneration (sog. Cirrhose) der Eierstöcke sei noch wenig bekannt; ihre Ursachen verschiedenartig, ihre Symptome quantitativ und qualitativ wechselnd. »Übermäßige geschlechtliche Reizung, besonders solche ohne rechte Befriedigung, führe zu excessiver Ovulation, excessiver Entwicklung zahlreicher Follikel und Störungen in der Rückbildung derselben.« Hiernach seien dann hochgradig nervöse Erscheinungen bis zur Hysteroepilepsie und beginnender Psychose zu beobachten. Die Begründung einer Indikation auf den Zusammenhang einer Neurose mit einer Funktion des Genitalapparates sei sehr schwierig, sobald dieser intakt ist. Der kausale Einfluss von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist zwar unbestreitbar, aber es stören oft andere Momente, Erblichkeit, Gemüthsaffekte etc. die Klarheit der Deduktion. Noch schwieriger ist das Urtheil bei den sog. Menstruationsneurosen. Sollte in einem Falle von ganz gesundem Genitalapparat die Menstruation als »alleinige oder wichtigste Ursache einer großen Neurose« nachzuweisen sein — ihm sei das bisher noch in keinem Falle gelungen — so würde er die Indikation zur Kastration anerkennen. Die Begründung einer Indikation auf den Einfluss des Klimax auf den Organismus und das Nervensystem im Allgemeinen sei noch schwieriger; dieser Einfluss des natürlichen Klimax auf bestehende Neurosen und Psychosen sei uns in seinen Bedingungen, wesshalb bald günstig, bald ungünstig, nicht bekannt; desshalb sei hiermit meist auch weiter nichts anzufangen.«

Herr Freund (Straßburg) berichtet über eine durch Entfernung eines Dermoids nicht geheilte ovarielle Hysterie.

Herr Olshausen stimmt mit den Ansichten Schröder's überein und freut sich, konstatiren zu können, dass Hegar den rein anatomischen Standpunkt bei Aufstellung seiner Indikation verlasse und den klinischen Erscheinungen etwas mehr bestimmenden Einfluss zugestehe. Die kleincystische Degeneration der Ovarien sei, besonders in Schwangerschaft und Puerperium, nicht immer als pathologisch zu betrachten. Die Indikation sei nur selten und mit äußerster Vorsicht zu stellen.

Auch Herr Schatz betont gerade den letzteren Punkt und führt drei seiner operirten Fälle an, die zur Vorsicht mahnen.

Herr Landau glaubt, dass theoretische Raisonnements hier nichts helfen können, die Erfahrung müsse Lehrmeisterin sein; in jenen verzweifelten Fällen nach Erschöpfung aller anderen Heilmittel, sei sicher die Kastration berechtigt. Viel-

leicht sei die sog. Ovaralgie geeignet, ein Kriterium bei Stellung der Indikation abzugeben; sei diese, eine centrale Störung, vorhanden, dürfe man nicht kastriren.

Herr Gusserow betont, dass durch die Mittheilungen Schramm's und Schröder's unzweifelhaft die Möglichkeit der Heilung schwerer Neurosen durch Entfernung beider gesunder Ovarien festgestellt sei. Er weist den Freund'schen Fall als nichts beweisend ab. Besondere Zurückhaltung in der Indikationsstellung sei allerdings gegenüber der Epilepsie zu beobachten.

Herr Sänger berichtet, gegenüber Hegar, einen Fall, wo die Menstruation als solche unzweifelhaft die Veranlassung zum Ausbruche einer Neurose gegeben habe.

Herr Hegar betont nochmals, dass er die Kastration nur verwerfe, wenn der ganze Sexualapparat in allen seinen Theilen gesund sei. Auch im Sänger'schen Fall seien kleine Myome im Uterus gewesen. Battey und Andere gingen allerdings so weit, nicht einmal einen Zusammenhang der Neurose mit einer Funktion des Sexualapparates als nothwendige Voraussetzung für die Kastration zu verlangen.

Herr Schramm entgegnet auf den Einwand Hegar's, dass in dem ersten Falle von Epilepsie die Genitalorgane doch erkrankt gewesen, indem eine Retroflexio uteri vorhanden war; es hätte sich diese Uterusdeviation erst im Laufe der Jahre entwickelt; die Epilepsie sei auch ohne eine nachweislich krankhafte Veränderung des Sexualschlauchs schon da gewesen.

b) Diskussion über die Vorträge der Herren Gusserow, Martin, Meynert, Czempin.

Herr Hegar hält ebenfalls die Tubenerkrankungen für außerordentlich häufig. Die Fortleitung der Erkrankung von anderen Theilen des Genitalapparates geschehe entweder längs der Schleimhaut oder längs der Lymphbahnen, in letzterem Falle auf dem Umweg über das Bauchfell. Auch anderweitige Erkrankungen des Bauchfells, z. B. vom Darm ausgehende, könnten durch Adhäsionsbildung zur Erkrankung der Tuben Anlass geben. Dass auch umgekehrt Erkrankungen der Adnexe zu pathologischen Erscheinungen auf der Uterusschleimhaut führen können, namentlich zu Blutungen, sei zweifellos erwiesen. Bei der Indikationsstellung sei große Vorsicht geboten. Sehr häufig machen selbst doppelseitige, wenn nicht zu große Tumoren keine Beschwerden. Die durch Ovulation und Menstruation bedingten, häufigen Recidive der begleitenden Pelviperitonitis seien die Hauptsache. Heilung erfolge nicht durch die Exstirpation der Tuben, sondern durch die der Eierstöcke; man müsse also hier von Kastration reden, nicht von Salpingotomie. Das Platzen der Tubensäcke hält R. doch für nicht so bedeutungslos; recht häufig sah er dasselbe von bedenklichen Erscheinungen gefolgt. Das endliche Resultat der Salpingotomie, besonders bei Pyosalpinx, sei fast ausnahmslos nur ein partielles; ein Theil der Beschwerden bleibe und müsse der Natur der Sache nach, wenn auch gemildert, bestehen bleiben.

Herr Kaltenbach ist ebenfalls der Ansicht, dass bei unserer immerhin noch mangelhaften Erkenntnis der Tubenerkrankungen eine bestimmte Indikationsstellung noch nicht möglich sei. Besondere Schwierigkeiten bereiten rasch wachsende Tubensäcke mit Entfaltung der Ligg. lata. Neben der Ruptur von Tubensäcken könne übrigens auch ein Austritt von Sekret durch Nachgeben loser Verklebungen am abdominalen Ostium beobachtet werden. Auch er halte doch den Tubeninhalt für nicht so harmlos und betrachte den Ausfluss desselben in die Bauchhöhle bei der Operation für ein sehr ungünstiges Ereignis. Übrigens müsse entschieden hier der großen Schwierigkeiten, auf welche man oft bei der Operation stoße, gedacht werden; dieselben seien zuweilen ganz unüberwindlich und die Exstirpation zuweilen, gerade wenn besonders wünschenswerth, technisch fast undurchführbar. Auch dies Moment sei bei der Indikationsstellung in hohem Maße zu würdigen.

Herr Schröder schließt sich gerade in letztgenanntem Punkte dem Vorredner durchaus an und warnt vor allzu eifrigem Operiren. Auch Pyosalpinx indicire

keineswegs an sich die Exstirpation; durch Eindickung könne dauernde Heilung erfolgen.

Herr Olshausen macht darauf aufmerksam, wie selten sich Tubensäcke gegen Erwarten nach dem Lig. latum zu entwickeln und in Folge dessen der Uterus weit weniger dislocirt wird. Er betont außerdem die Wichtigkeit der Tuberkulose als ätiologisches Moment für Pyosalpinx; er fand dieselbe einmal in einem beiderseits kindskopfgroßen, in der Mitte verwachsenen Tumor. Gonorrhoische Basis dürfe man doch nur bei sicherer Anamnese und nach Ausschluss von Tuberkulose annehmen.

Herr Löhlein glaubt mit Hegar, dass die Tuben häufig durch Zuleitung auf dem Wege der Lymphgefäße erkranken; die Häufigkeit der Tuberkulose daselbst spreche dafür. Wie bei der Parametritis erkranke auch hier häufiger die linke Seite.

Herr Martin möchte nochmals betont wissen, dass die operative Behandlung lediglich ein Ultimum refugium darstellen solle. Bei längerem Abwarten sähe man nicht nur ganz unerwarteten Eintritt von Heilung, sondern schwäche auch auf alle Fälle die Virulenz der Kokken ab.

(Schluss folgt.)

---

## 1) Lefort. Puerperalfieber.

(Gaz. des hôp. 1886. No. 1.)

L. hat schon im Jahre 1865 für eine große Zahl von Infektionskrankheiten, namentlich aber für die Wundkrankheiten und das Puerperalfieber die Bedeutung der Kontaktinfektion im Gegensatz zur Luftinfektion hervorgehoben. In diesem kleinen Aufsatz führt er als Beweis dafür eine Puerperalfieberepidemie an, die er bei Gelegenheit der Infektion der Tochter eines Kollegen, die sich behufs möglichsten Schutzes gegen Infektion auf einem Landsitze hatte entbinden lassen und an Peritonitis puerperalis starb, konstatirte. Bei näherer Nachforschung nach der Quelle ergab sich nämlich, dass die betreffende Hebamme in kurzer Zeit 4 Frauen in gleicher Weise verloren hatte, während sonst in der Praxis der beiden im benachbarten Orte wohnenden Ärzte und der anderen dort wohnenden Hebammen keinerlei derartiger Fall erfolgt war. Die erste Infektion war eingetreten bei einer an fistulösen Abscessen des Oberschenkels leidenden Frau, wesshalb L. die Transformation pathogener Organismen anzunehmen geneigt ist.

Da die betr. Hebamme nach den in Frankreich herrschenden Gesetzen und Anschauungen gegen ihren Willen an der Ausübung der Praxis nicht gehindert werden konnte, inficirte sie trotz erfolgter Anzeige beim Präfekten noch 2 Frauen mit tödlichem Ausgange. Gegen eine materielle Entschädigung für die Dauer ihrer Unthätigkeit wurde sie nun veranlasst, gutwillig 2 Monate zu verreisen. In England hätte sie für die nach erfolgter Verwarnung geschehene Infektion 2 Jahre Gefängnis erhalten. **Hadra** (Berlin).

---

## 2) Bogumil Zepler. Über den Einfluss der Verwandtenehe auf die Nachkommenschaft mit besonderer Berücksichtigung der kongenitalen Blindheit.

Inaug.-Diss., Breslau, 1886.

Unter besonderer Verwerthung eines größeren von Prof. H. Magnus gesammelten statistischen Materials — die Verwandtenehe als ätiologisches Moment für die kongenitale Blindheit betreffend — kommt Verf. zur Überzeugung, dass aus der Konsanguinität allein die Gebrechen der Nachkommenschaft nicht zu erklären seien; vielmehr müsse zur Begründung vor Allem das Gesetz der Heredität herangezogen werden. Hier handele es sich dann gewöhnlich um die potenzirte Heredität, in welchem Falle gleichartige pathologische Keime seitens beider Eltern einen cumulirend schädigenden Einfluss auf die Nachkommenschaft ausüben. Für Verf. steht es fest, dass Ehen unter absolut gesunden Blutsverwandten durchaus keine Gefahren für die Nachkommenschaft in sich schließen.

**Katzenstein** (Kassel).

---

## 3) Bonnaire. Untersuchungen über die Zertrümmerung des kindlichen Schädels.

(Thèse, Paris 1885. — Progrès méd. 1886. No. 11.)

B. untersuchte die Widerstandsfähigkeit des kindlichen Schädels gegen Druck. Er fand, dass der wesentliche Widerstand in der Basis cranii gelegen und dass die hauptsächliche Festigkeit dieser durch das Corpus ossis sphenoid. gegeben sei. Dieses vor Allem muss zertrümmert werden, wenn eine ausgiebige Verkleinerung des Schädels zu Stande kommen soll. Durch Versuche mit verschiedenen Zertrümmerungsinstrumenten glaubt B. zu dem Resultat gekommen zu sein, dass der Basiotrib von Tarnier den anderen überlegen sei.

**Skutsch** (Jena).

---

## 4) Terrillon (Paris). Die Neuralgien der Brustdrüse.

(Progrès méd. 1886. No. 10.)

T. bespricht in einem klinischen Vortrage die verschiedenen Formen der Mastodynie und illustrirt dieselben durch Mittheilung diesbezüglicher Krankengeschichten. Er trennt nach dem Vorgang von Astley Cooper die wahren, essentiellen Neuralgien und die mit Tumorenbildung komplicirten. Bei den essentiellen Neuralgien werden 3 Gruppen geschieden: 1) Brüste hart, empfindlich, erektil, zumeist jüngere, gut genährte, leicht erregbare Personen, oft an rheumatischen Beschwerden leidend; Verschlimmerung der Schmerzen vor und bei der Menstruation. 2) Brüste voluminös, hängend. 3) Magere Personen mit kleinen, fettarmen Brüsten. Bei den mit Tumorenbildung komplicirten Fällen handelt es sich meist um kleine, benigne Tumoren; selten sind es echte Neurome, meist Fibrome oder Myxome; ihre Entfernung beseitigt meist, aber nicht immer, die Schmerzen.

Symptome, Verlauf, Ätiologie, Prognose und Therapie werden besprochen. Die Therapie soll je nach dem Ursachen verschieden sein; so soll z. B. bei hängenden Brüsten eine gut sitzende Bandage (Korsett) getragen werden. In vielen Fällen ist ein Wattekompressionsverband von Nutzen. Bei hartnäckigen Fällen kann man Ätherspray anwenden. Die Allgemeinbehandlung darf nicht vernachlässigt werden: Arsenik, Chinin bei intermittirend auftretenden Schmerzen; Natr. salicyl. bei rheumatischen Beschwerden; Aconitin, Bromkalium bei neurasthenischen Personen. **Skutsch** (Jena).

---

### 5) **Andreiew.** Untersuchungen über das Uteringeräusch nach der Geburt.

(Arch. de tocolog. 1886. April 15.)

A. untersuchte bei Kreißenden und Wöchnerinnen das Verhalten des Uteringeräusches und gelangte unter Verwerthung von 158 Fällen zu folgenden Resultaten:

1) Während vor der Geburt das Uteringeräusch verschiedenartige Beschaffenheit darbieten kann, ist es nach der Geburt stets von gleichem Charakter, schwach und deutlich intermittirend.

2) Es giebt keinen Fall, in welchem man bei genauem und wiederholt vorgenommenem Auskultiren das Uteringeräusch vermisst.

3) Der häufigste Sitz des Geräusches ist ungefähr derselbe vor wie nach der Geburt; es findet sich zumeist an der linken oder rechten Seite der Gebärmutter oder an beiden Seiten gleichzeitig.

4) Das Geräusch ist häufiger auf der linken als auf der rechten Seite vorhanden.

5) Die Stärke des Geräusches nach der Geburt wird von der Rückbildung des Uterus beeinflusst; je schneller und vollständiger diese ist, um so schwächer ist jenes. Doch gilt diese Abhängigkeit nicht unumschränkt.

6) Die Lage des puerperalen Uterus ist ohne Einfluss auf die Stärke und den Sitz des Geräusches.

7) Das Gleiche gilt von dem Sitz der Placenta.

8) Das Geräusch kann nach der Geburt verschieden lange Zeit andauern, bei gesunden Wöchnerinnen im Mittel 57 Stunden, bei kranken 99 Stunden.

9) Das Uteringeräusch ist kein sicheres Zeichen der Schwangerschaft, es kommt auch bei anderen Zuständen des Uterus vor.

10) Es ist häufiger bei interstitiellen als bei subperitonealen Myomen; sein Vorhandensein beweist starke Gefäßentwicklung.

**Skutsch** (Jena).

---

### 6) **Fraipont** (Lüttich). Palliative Behandlung des Uteruscarcinoms durch Auskratzung.

(Arch. de tocolog. 1886. März 15.)

F. bespricht nach den in der chirurgischen Klinik zu Lüttich üblichen Principien die palliative Therapie der inoperablen Uterus-

carcinome. Er redet warm das Wort den Auskratzungen mit dem scharfen Löffel mit nachfolgender Kauterisation durch Liquor ferri. Nachdem durch lokale Applikation von Antisepticis der Ausfluss seinen fötiden Charakter verloren hat, wird in Narkose die Operation vorgenommen, etwaige starke Blutung wird durch Tamponade oder durch den Thermokauter bekämpft. Schließlich wird ein mit Liquor ferri getränkter, mit Jodoform bestreuter Tampon in die Wundhöhle gebracht; Jodoformgaze kommt in die Scheide. Die Nachbehandlung besteht in Wechsel der Jodoformtampons und Karbolausspülungen. Die Resultate sind, wie auch mitgetheilte Krankengeschichten zeigen, befriedigend. **Skutsch** (Jena).

---

# Kasuistik.

7) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 25. Juni 1886.

Vorsitzender: Herr Löhlein, Schriftführer: A. Martin.

I. Demonstration von Präparaten.

a) Herr Paul Ruge demonstrirt ein Fibrom, das er am 20. April 1886 durch die Laparotomie (Frau Herkenroth) gewonnen hat. Dasselbe, von reichlich Kindskopfgröße, saß intramural in der hinteren Wand des Uterus und wurde nach Anlegung des Gummischlauches in der von A. Martin angegebenen Weise enukleirt. Das sehr große Geschwulstbett wurde mit fortlaufender Katgutnaht außerordentlich leicht und anscheinend ganz sicher vernäht. Zum Schluss wurde die Peritoneumwunde des Uterus mit Seide abermals vereinigt. — Anfangs war der Verlauf ein guter, bis am 25. April 1886 plötzlich der Gesammteindruck der Pat. sich änderte und binnen Kurzem der Tod eintrat. Da aus äußeren Gründen eine Sektion nicht gemacht wurde, so bleibt die Ursache des Todes, ob Embolie, ob Blutung oder Sepsis, unaufgeklärt. — Herr Paul Ruge wird, gestützt auf einen günstig verlaufenen Fall von Enukleation, später ähnliche Fälle wieder mit Seide nähen.

b) Herr Paul Ruge demonstrirt ein Kind, das im 8. Monat der Schwangerschaft todt geboren wurde. Es handelte sich hier um ein Kind, das außerordentlich hochgradigen Hydrops anasarca darbot. Durch dieses Anasarca war die gesammte Haut sehr stark verdickt, fast überall mehrere Centimeter im Durchschnitt. Die Folge von dieser Prallheit der Haut war eine vollkommene Steifigkeit des Kindes, so dass trotz des vorzeitigen Geburtstermins erhebliche Geburtshindernisse bei dem in Fußlage sich einstellenden Kinde auftraten. Nur mit großer Mühe gelang die Extraktion und die Lösung der Arme. — Die betreffende Pat. hat schon 3mal geboren, darunter zwei gesunde lebende Kinder, während das 2. Kind dieselbe Beschaffenheit hatte, wie das hier vorliegende. — Anamnestisch erwähne ich, dass Lues ausgeschlossen ist; dagegen ist bemerkenswerth, dass die Eltern nahe Blutsverwandte sind. — In den inneren Organen fand sich bei der von meinem Bruder Carl Ruge gemachten Sektion nichts Abnormes. — In der Placenta, die einen sehr großen Umfang besitzt, findet sich neben starkem Ödem enorme Hyperplasie der ganzen Gewebe. Die Zotten sind durch Wucherung in ihrer Form stark verändert, erscheinen makroskopisch traubig, papillär, mikroskopisch im Epithel, Stroma und Gefäßen hyperplastisch.

c) Herr Paul Ruge demonstrirt einen durch multiple Myome außerordentlich vergrößerten Uterus, den er gleichzeitig mit einer linksseitigen kindskopfgroßen Parovarialcyste durch die Laparotomie entfernt hat. Gummischlauch. Fortlaufende Seidennaht: keine Drainage. Heilung. Die Pat. war bereits so heruntergekommen, dass sie schon am 3. Tage nach der Operation einen handtellergroßen Decubitus, der langsam abheilt, acquirirte.

Herr Orthmann demonstrirt einen Fall von doppelseitigem Ovarialtumor. Die Tumoren wurden am 1. Juni a. c. von Herrn Dr. A. Martin mittels Laparotomie entfernt; dieselben bieten einerseits in diagnostischer Hinsicht, andererseits namentlich in Bezug auf den mikroskopischen Befund einiges Interesse.

Was den ersten Punkt anbetrifft, so ließen verschiedene Symptome an eine, wenn auch pathologische Schwangerschaft denken. — Es handelt sich um eine kleine, ziemlich kachektisch aussehende Pat. von 38 Jahren. Die Menses traten mit dem 19. Jahre ein, waren meist unregelmäßig, oft von 14tägiger Dauer, sehr stark, aber sonst ohne weitere Beschwerden. Pat. hat 5mal geboren; die Geburten sollen alle ziemlich schwer gewesen sein, eben so will Pat. im Wochenbett stets krank gewesen sein. Sie hat alle ihre Kinder ca. $1^1/_2$ Jahr lang gestillt, die letzte Geburt war am 10. Oktober 1883 (abortirt hat Pat. nie). Die letzte Regel hat Pat. im Oktober vorigen Jahres gehabt, von da stellte sich eine stetige Zunahme des Leibesumfanges ein, so dass sich Pat. für schwanger hielt, zumal da sie hin und wieder Kindsbewegungen gefühlt haben will.

Bei der Aufnahme der Pat. am 30. Mai a. c. klagte sie über starke Kreuzschmerzen und Schmerzen im Leibe beim Gehen; außerdem Athemnoth und Herzklopfen. Bei der Untersuchung ergab sich Folgendes: Leib sehr stark vorgewölbt, deutliche Fluktuation, links etwas über Nabelhöhe fühlt man einen über 2 faustgroßen, beweglichen und ziemlich resistenten Tumor; rechts einen ähnlichen, etwas weniger umfangreichen, dessen Gestalt der einer menschlichen Frucht am Ende der Schwangerschaft sehr ähnlich war. Der untere Theil desselben ragte in das kleine Becken hinein und konnte von der Scheide aus als ballotirender Körper gefühlt werden. Bei der inneren Untersuchung in Narkose fühlte man die Portio ziemlich derb, nicht aufgelockert, eben so das Collum hart; weiter hinauf fühlte man noch einen kleinen resistenten Körper zwischen den Tumoren, den man für das unveränderte Corpus uteri ansprechen musste. Da außerdem nirgends Herztöne wahrnehmbar und die Brustdrüsen durchaus nicht verändert waren, so wurde die Diagnose auf doppelseitigen Ovarialtumor gestellt und am 1. Juni die Laparotomie gemacht.

Bei der Eröffnung der Bauchhöhle entleerten sich ca. 5—6 Liter einer hellgelben, klaren Flüssigkeit; das Peritoneum war sehr stark verdickt, geröthet und zeigte hin und wieder kleine warzige Exkrescenzen. Der linke größere Tumor lässt sich leicht durch die Bauchwunde hervorziehen und wird nach Unterbindung des hart am Lig. lat. inserirenden Stieles entfernt; dann wird der rechte, etwas kleinere Tumor in gleicher Weise exstirpirt. Dauer der Operation, incl. Bauchnaht, 28 Minuten.

Der linke größere Tumor hat eine Länge von 21 cm, eine Breite von 14 cm und eine Dicke von 10 cm, sein Gewicht beträgt 1560 g. Der rechte Tumor hat eine Länge von 20 cm, eine Breite von 11 cm und eine Dicke von 8 cm, er wiegt 920 g. Im Inneren beider Tumoren befindet sich je eine Cyste, links eine solche von ca. 5 cm Durchmesser und rechts von ca. 7—8 cm; dieselben haben ganz glatte Wandungen und enthielten eine gelbe, klare Flüssigkeit. Die Oberfläche der Tumoren ist ziemlich glatt, an einzelnen Stellen befinden sich knotige Hervorragungen. Die Konsistenz ist schlaff. Die Farbe weißlich-gelb, an einigen Stellen sehnig glänzend, an anderen glasig durchscheinend; die Struktur erscheint makroskopisch deutlich faserig, mit verschiedentlichen Bildungen von größeren und kleineren, rundlichen, zum Theil scharf abgegrenzten Knoten.

Während nun das anscheinend schnelle Wachsthum der Tumoren, der begleitende Ascites und die chronische Peritonitis entschieden auf eine maligne Neubildung schließen ließen, hat sich diese Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung nicht bestätigt. Dieselbe ergab vielmehr, dass die Tumoren zum größten Theil aus ziemlich breiten, fibrillären Bindegewebszügen bestehen, welche sich ganz unregelmäßig durchkreuzen und sich durch besonderen Zellenreichthum auszeichnen, wie dies gewöhnlich bei den weicheren Formen der Fibrome der Fall ist; die Zellen sind vorwiegend von länglicher, spindelförmiger Gestalt. Die schon makroskopisch wahrnehmbare durchscheinende Beschaffenheit an vielen Stellen erklärt sich durch

eine starke Quellung der Gewebsfibrillen in Folge von myxomatöser Degeneration, so dass dieselben namentlich auf Querschnitten ein eigenthümliches Aussehen gewähren; sie sind von vollkommen rundlicher oder ovaler Gestalt und bei fortgeschrittenen Graden der myxomatösen Degeneration von heller, durchscheinender, leicht körniger Beschaffenheit; die Kerne sind dann meist wandständig, von länglicher, oft halbmondförmiger, abgeplatteter Beschaffenheit. — Bemerkenswerth ist, dass die abwechselnd quer und längs getroffenen, gequollenen Gewebsfibrillen leicht einen alveolären Bau vortäuschen können, wobei die quergetroffenen, weniger degenerirten Fibrillen eine gewisse Ähnlichkeit mit epithelialen Gebilden haben. Durch ein allmähliches Verschmelzen der gequollenen Fibrillen tritt an manchen Stellen reines Myxomgewebe auf.

Wir haben es also in dem vorliegenden Falle mit einem doppelseitigen, reinen Myxofibrom des Ovarium zu thun.

Die Pat. machte eine glatte Rekonvalescenz durch, mit nur einmaliger Temperatursteigerung am 3. Tage auf 38,2° C. Sie wurde am 20. Tage nach der Operation entlassen, es hatte sich wieder mäßiger Ascites eingestellt.

Herr M. Hofmeier demonstrirt ein Injektionspräparat von einem puerperalen Uterus, herstammend von einer 16 Stunden p. part. verstorbenen Eklamptischen. Die Gefäße wurden injicirt und das Präparat hängend gehärtet. Es zeigt jetzt auf dem Durchschnitt den Cervix, das untere Uterinsegment etc. und an der einen freigelegten Seite die Art. uterina, welche nach Abgabe eines ziemlich starken Astes an das obere Scheidengewölbe ganz frei an der Seite des Cervix, heraufläuft und erst in der Höhe der festen Anheftung des Peritoneum, also oberhalb des Kontraktionsringes, in die Uterussubstanz sich einsenkt.

Herr Benckiser zeigt ein von ihm wegen Hydromeningocele bei Spina bifida lumbalis operirtes Kind. Operation am 5. Tage nach der Geburt. Durch ovaläre Excision wurde der breitbasig aufsitzende, 5 cm im Durchmesser haltende und mit der Rückenmarkshöhle deutlich kommunicirende Sack abgetragen, von seiner Innenfläche adhärente, aufgefaserte Nervenstränge abgelöst und versenkt; quere Vereinigung durch Seidennähte, Heilung per primam nach 7 Tagen, wobei das Kind 60 Gramm zunimmt. Die Funktionen sind, abgesehen von leichter Parese des Sphincter ani, die von Anfang an bestanden hatte, vollkommen intakt.

Herr Langner zeigt einen Embryo aus der sechsten Schwangerschaftswoche. Der Embryo dürfte etwa der sechsten Woche seiner Entwicklung entsprechen. Er stammt von einer 28 Jahr alten Frau. Dieselbe heirathete vor vier Jahren und gebar sehr rasch hinter einander 3 ausgetragene Kinder. Darauf bekam sie eine Retroflexio uteri mit chronischer Metritis und Endometritis, wegen deren sie von anderer Seite behandelt worden ist. Die letzte Entbindung fand am 30. Juli 1885 statt. 7 Wochen später traten die Menses wieder ein und blieben regelmäßig bis zum Januar dieses Jahres; im Februar blieben die Menses aus. Von Ende Februar bis Mitte März litt Pat. an starkem Fluor und seitdem blutete sie ununterbrochen. Nach ihrer Angabe sollen zeitweise größere Blutcoagula abgegangen sein. Anfang Mai kam die Pat. in die poliklinische Behandlung des Herrn Dr. Martin, es fand sich ein etwa dem zweiten Schwangerschaftsmonat entsprechend vergrößerter Uterus; auch sonstige Symptome von Gravidität waren nachweisbar. Pat. blutete ziemlich stark. Es wurde zunächst, um die Schwangerschaft womöglich zu erhalten, unbedingte Ruhe empfohlen und Extr. hydrastis gegeben. Als die Pat. nach einiger Zeit wiederkam, hatten die Blutungen nicht nachgelassen, der Status war derselbe wie früher. Es wurde nun angenommen, dass der Abort theilweise schon erfolgt sei und, um zurückgehaltene Eitheile zu entfernen, heiße Injektionen verordnet. Als auch durch diese Therapie die Blutungen nicht beeinflusst wurden, entschloss sich Herr Dr. Martin, den Uterus zu entleeren; dabei wurde ein Ei zu Tage gefördert, welches geplatzt war, dessen Größe im intakten Zustande die eines kleinen Hühnereies erreicht haben dürfte. Das Chorion ist überall dicht mit Zotten besetzt. Der Embryo misst 2,2 cm. Leider ist bei der Entfernung des Eies aus dem Uterus der Kopf vom Rumpf getrennt, doch ist anzunehmen, dass die Haltung des Embryo schon ziemlich gestreckt gewesen ist. Am Kopf traten die

Augen deutlich hervor, die Kiemenspalten sind geschlossen bis auf die erste, als deren Rest man die äußere Ohröffnung sieht. Die beiden Oberkieferfortsätze und der Stirnfortsatz sind deutlich sichtbar, der Mund noch sehr groß.

Am Rumpf ist das Herz stark nach vorn vorgewölbt und sehr groß. Die Extremitäten sind deutlich in ihre drei Abschnitte gegliedert, die Zehen und Finger von einander geschieden. Der Nabelstrang ist dünn, 2 cm lang.

Nach diesem Grade der Entwicklung ist der Embryo 6 Wochen alt. Die Pat. ist Mitte Januar zum letzten Mal menstruirt gewesen. Von Anfang Mai bis Mitte Juni ist die Größe des Uterus genau beachtet worden. Es ist dabei keine Veränderung gefunden worden. Mithin handelt es sich hier um einen Fall von Retention einer in der 6. Woche abgestorbenen Frucht während dreier Monate. Auffallend ist dabei der Umstand, dass das Ei so frisch erhalten geblieben ist.

II. A. Martin: Über die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes bei räumlichem Missverhältnis.

Vortr. bekennt sich zunächst als einen überzeugten Anhänger manueller Hilfe zum Zweck der Entwicklung des nachfolgenden Kopfes, auch bei hochgradigem räumlichen Missverhältnis.

Er hat nur einmal die Zange an den nachfolgenden Kopf gelegt, als derselbe nach Wendung wegen einseitiger Iliosakralgelenkankylose und Einstellung in der weiteren Beckenhälfte manuell nicht entwickelt werden konnte. Das Kind kam lebend. Sonst hat er jederzeit den Kopf manuell entwickelt, in der Regel nach den Vorschriften von Smellie, resp. Veit-Smellie. An die Stelle des Zuges hat er seit 1873 den Druck von oben gesetzt. Nach mancherlei Erfahrungen in Folge missverständlicher Anwendung dieses Druckes von Seiten des Gehilfen hat Herr A. Martin sich gewöhnt, diesen Druck selbst auszuüben. Die eine Hand leitet mittels des auf die Zungenwurzel gelegten Mittelfingers den Kopf in den queren Durchmesser des Beckens, gelegentlich auch durch Zug an der Zungenwurzel herab, stellt ihn ein, während der Rumpf auf dem betr. Vorderarm ruht. Dann drückt die andere freie, außen aufgelegte Hand den Kopf in das Becken hinein, entweder so, dass der Kopf gleichmäßig hineingeschoben wird, oder so, dass derselbe sich um die Symphyse rotirt, während die nach hinten liegende Kopfseite am Promontorium vorbeirollt. Zur Illustration dieses Handgriffes werden 38 Geburtsfälle angeführt, die bei 32 Müttern beobachtet wurden. 18 Mütter hatten eine Diagonalis zwischen 9 und 10 cm, 11 zwischen 10 und 11, 3 zwischen 11 und 12. 31 Kinder wurden lebend geboren und blieben am Leben, von den 7 todtgeborenen waren 6 schon vorher als todt diagnosticirt, eins davon hatte eine Fraktur, 2 starke Infraktionen der Scheitelbeine. Von den Müttern hatten 2 Uterusrupturen vor der Entbindung mittels Wendung; sie starben. 4 von den übrigen 30 hatten ein erschwertes Wochenbett, nachdem alle vier vor der Entbindung gefiebert hatten: sie genasen.

Eine Frau wurde dreimal, eine fünfmal auf diese Weise von lebenden Kindern entbunden. (Der Vortrag ist in der »Berliner klin. Wochenschrift 1886, No. 40 abgedruckt.)

In der Diskussion sprach sich zunächst Herr P. Ruge zustimmend aus, auf Grund eigener Erfahrungen.

Herr Winter bemerkt zunächst, anknüpfend an eine historische Bemerkung des Vortr. über einen Smellie'schen und Veit-Smellie'schen Handgriff, dass Smellie, wie Studien im Original ergeben, immer nur einen Handgriff angewendet habe, zwei Finger auf dem Nacken und den Finger der anderen Hand im Munde: anderes Verfahren: 2 Finger auf die Fossae caninae oder 1—2 Finger auf das Hinterhaupt halte er nur auf bestimmte Indikationen hin angewendet, aber niemals einen aus diesen beiden Manövern kombinirten Handgriff, wie sich immer in der Litteratur finde unter dem Namen Smellie.

Über den von Vortr. zur Anwendung empfohlenen Handgriff hat er keine persönliche Erfahrung, möchte aber doch gewisse Bedenken äußern. Zunächst hält er die Furcht vor Rumpf- und Wirbelsäulenverletzungen bei sachgemäß ausgeführtem Veit-Smellie nicht für berechtigt und würde aus diesem Grunde denselben

nicht zu früh aufgeben. Die durch C. Ruge bekannt gewordenen Wirbelsäulenverletzungen wären nicht allein auf den Veit-Smellie zu schieben und wären alle nur bei sehr schweren, zum Tode des Kindes führenden Extraktionen beobachtet. Eine zu große Verallgemeinerung der Expression hätte auch ihre Bedenken, da bei derselben Kontinuitätstrennungen am unteren Uterinsegment, wenn dasselbe stark gedehnt ist, vorkommen können.

W. befürwortet, den sachgemäßen Veit-Smellie mit Energie, aber vorsichtig anzuwenden und sieht in der Expression, wenn sie nöthig wird, vor Allem den Zuwachs der Kraft einer zweiten Person, welche mit dem extrahirenden Operateur gemeinschaftlich den Kopf durch den verengten Beckeneingang durchtreiben soll.

Herr E. Cohn: Auf Herrn Martin's Empfehlung seines Handgriffes (gelegentlich einer früheren Diskussion) habe ich denselben 7mal anzuwenden Gelegenheit gehabt. Es handelte sich stets um enge Becken. Der Handgriff wurde nur angewendet, wenn der Veit-Smellie als solcher nicht ausreichte. Von der verhältnismäßig leichten Ausführbarkeit desselben bin ich vollständig überzeugt und erkenne als seinen besonderen Vorzug an, dass man keine zweite Person zur Assistenz nöthig hat. Bei Misslingen des Veit-Smellie'schen Handgriffes halte ich den von außen auf den Kopf des Kindes ausgeübten Druck seitens einer dritten Person nicht für ungefährlich, zumal da es sich in diesen Fällen (Wendungen bei engem Becken) oft schon um starke Dehnung des Uterinsegments handelt und direkte Verletzungen dadurch herbeigeführt werden können. Im Allgemeinen glaube ich, dass man vielleicht oft schon zu früh den Druck von außen zu Hilfe nimmt, wo der bloße Veit-Smellie noch ausreicht. Sollte aber diese Unterstützung nothwendig sein, so ziehe ich bei nicht vollkommen sachverständiger Hilfe den Martin'schen Handgriff vor.

Herr Löhlein hält die Art des kombinirten inneren und äußeren Herabbeförderns des Kopfes, welche Herr Martin empfiehlt, für sehr rationell. Die Geburtshilfe sei ja überhaupt in der Ausnutzung kombinirten äußeren und inneren Manipulirens der Gynäkologie um ein gutes Stück vorangegangen gewesen. — Freilich werden nur Wenige die Muskelkraft besitzen, welche bei der durch die gleichzeitigen inneren Handgriffe bedingten Haltung des Geburtshelfers zur Überwindung ernstlicher räumlicher Widerstände genügt.

Bezüglich der Nomenklatur stellt sich L. auf Litzmann's Seite. Wir haben Grund, uns der großen Verdienste der französischen Geburtshelfer des 17. Jahrhunderts um die praktische Geburtshilfe stets dankbar zu erinnern.

Herr M. Hofmeier hat auch fast ausschließlich das Veit-Smellie'sche Verfahren benutzt mit gleichzeitiger Impression des Schädels ins Becken von außen. Er möchte das letztere Verfahren in schwierigen Fällen nicht entbehren, da er in einzelnen Fällen bestimmt glaubt, nur ihm das Leben des Kindes zu verdanken. Eine Gefahr der Verletzung glaubt er allerdings auch bei unrichtiger Ausführung nicht ganz ausgeschlossen. Er sah einmal eine sehr bedeutende Querruptur des Cervix oberhalb der Symphyse nach sehr starken, übrigens nicht zum Ziel führenden Impressionsversuchen. Wenn hier durch zu starken Druck nach hinten das verdünnte Segment zu stark gespannt wird, so scheint eine Zerreißung hier nicht unmöglich.

Auch Herr Veit hat diesen Handgriff versucht und vielfach mit Erfolg durchgeführt. Freilich setzt derselbe ein nicht gewöhnliches Maß von Kraft voraus. Herr Veit ist meist mit dem Veit-Smellie'schen Handgriff ausgekommen.

A. Martin erwiedert, dass es weniger eines großen Kraftaufwandes bedarf, als einer entsprechenden Ausnutzung der gebotenen Hilfen. Jedenfalls erscheint dieser Handgriff weniger umständlich, als die von Kopp angegebene Methode und macht den Geburtshelfer unabhängig von jeder Assistenz.

---

### 8) **Hadra.** Demonstration eines in der 4. Woche abgestorbenen Embryo, dazu gehöriger bis zum 4. Monat entwickelter Placenta, im Uterus bis zum 7. Monat retinirt.

(Deutsche Medicinal-Zeitung 1886. No. 54.)

H. demonstrirt ein Präparat, welches von einer 30jährigen, gesunden VIpara stammt, die sich für schwanger hielt. Im 4. Monat wurde, nachdem 1mal eine

geringe Blutung eingetreten und dann wieder Menostasis vorhanden war, die handtellergroße Placenta mit Eihüllen und wenig Fruchtwasser ausgestoßen. In denselben lag ein 1 cm langer, blutig imbibirter Embryo; Augen schwarze Punkte, Ohrbläschen angedeutet, Extremitäten rudimentäre Stümpfe, Bauchhöhle geschlossen, so dass man es mit einem 4wöchentlichen Fötus zu thun hatte. Die Nabelschnur ist 2 cm lang; Placenta gefäßarm und fibrös. Auf der uterinen Seite ist die Decidua verdickt, auf der fötalen zeigen sich theils ältere, theils frischere Blutergüsse.

Der Fötus ist also in der 4. Woche abgestorben, während sich das Ei bis zum 3. Monat weiter entwickelte (vor dieser Zeit fehlt eine Placenta), wahrscheinlich bis zu dem Punkte, wo die Blutung eintrat. Zwei Monate später wurde das Ei erst ausgestoßen. **Heilbrun** (Kassel).

### 9) **Bocquillon.** Mucin in Parovarialcysten.

(Arch. de tocologie 1886. Februar 28.)

B. untersuchte in 2 Fällen den Inhalt von Parovarialcysten und fand 3,35% Mucin; er glaubt, hierin einen Anhaltspunkt für die Differentialdiagnose mit Ovarialcysten gewonnen zu haben. **Skutsch** (Jena).

### 10) **Lancial** (Lille). Uteruscarcinom. Hydronephrose. Herzhypertrophie.

(Ibid.)

Fall von ausgedehntem Uteruscarcinom. Die Sektion ergab Hydronephrose und Hypertrophie des linken Ventrikels. Da keine Erkrankungen anderer Organe vorlagen, welche die Herzhypertrophie erklärten, so ist diese auf die Nierenaffektion zu beziehen. **Skutsch** (Jena).

### 11) **Gaches-Sarraute.** Palliative Behandlung inoperabler Uteruscarcinome.

(Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynécol. 1886. No. 3.)

Im Anschluss an 25 Fälle von inoperablen Uteruscarcinomen, welche nur noch eine palliative Behandlung zuließen, theilt G.-S. die mit dieser gemachten Erfahrungen mit. Die Behandlung bestand im Wesentlichen in der lokalen Applikation von Antisepticis (Sublimat, Chloral, Jodoform) und wurde ambulant ausgeführt, indem die Pat. alle 2—3 Tage nach dem Hospital kamen; es wurde dann zunächst eine ausgiebige antiseptische Ausspülung gemacht, dann die gelösten Fetzen entfernt; hierauf wurden Tampons, welche mit Sublimat oder mit Chloral getränkt waren, auf die ulcerirenden Flächen applicirt, schließlich wurde Jodoform aufgestreut. Unter dieser Behandlung reinigten sich die Geschwürsflächen gut, der Ausfluss verlor seinen putriden Charakter, die Schmerzen ließen nach, die Blutungen hörten auf, der Allgemeinzustand besserte sich. **Skutsch** (Jena).

---

### Berichtigung.

In No. 44 p. 713 im Titel lies: 20. statt: 29. September; p. 716 Zeile 23 v. o. lies: Bland statt: Blaud und Zeile 26 v. o. lies: Glasor statt: Glaser; p. 717 Z. 21 v. o. lies: Calori statt: Calevi und zu p. 717 Z. 28 v. u. folgenden Zusatz: »Neuerdings sah ich gelegentlich eines wissenschaftlichen Ausfluges nach Kiel am 3. Oktober in der Sammlung der geburtshilflichen Klinik des Herrn Prof. Werth ein neues, dem meinigen sehr ähnliches Präparat von Foetus amorphus, welches leider ohne jede nähere Angabe kürzlich von einem Provinzialarzte der Anstalt geschenkt worden war und bislang noch nicht untersucht und beschrieben ist. Leider fehlt die Placenta, zu der das Präparat gehörte. Wahrscheinlich wird auch hier eine mehrfache Schwangerschaft vorgelegen haben.«

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 47.** **Sonnabend, den 20. November.** **1886.**



(Mittheilung aus der geburtshilflichen Klinik des Herrn Prof. Breisky in Prag.)

## I. Tödliche Sublimatvergiftung nach einer zweimaligen Scheidenausspülung.

Von

**Dr. Carl Fleischmann,**

1. Assistenten.

Seit Beginn des Jahres 1885 steht an der geburtshilflichen Klinik des Herrn Prof. Breisky das Sublimat unter bestimmten Einschränkungen in Verwendung. Ausgeschlossen wurden von der Sublimatbehandlung alle nierenkranken, an Darmkatarrhen leidenden, in höherem Grade anämischen, und sonst wie in der Ernährung stärker heruntergekommene Frauen; Uterusausspülungen wurden niemals mit Sublimatwasser vorgenommen. Zur subjektiven Antisepsis, zur Reinigung der äußeren Genitalien bedienten wir uns einer $^1/_2{}^0/_{00}$igen Sublimatlösung (mit filtrirtem Brunnenwasser), zur Ausspülung der Scheide wurde meistentheils dieselbe Verdünnung, nur wenn häufigere Ausspülungen nothwendig waren eine Lösung von 1 : 4000 in Gebrauch gezogen. Nach diesen Principien wurden bis zum 28. August d. J. 1620 Geburten geleitet, ohne dass irgend ein auf Sublimateinwirkung zu beziehender Krankheitsfall vorgekommen wäre. Erst an diesem Tage ereignete sich folgender Fall:

Die siebzehnjährige Erstgeschwängerte Marie Černy hielt sich seit dem 9. August in der Anstalt auf. Sie befand sich während der ganzen Dauer ihrer Schwangerschaft vollständig wohl, hatte keine Ödeme oder andere auf eine Nierenaffektion hinweisende Symptome, war kräftig gebaut, gut genährt, nur ein wenig blass.

Am 28. August gegen 11 Uhr Vormittags wurde die Scheide der Schwangeren

unmittelbar vor und gleich nach einer Untersuchung von der Schulhebamme mit $^{1}/_{2}{}^{0}/_{00}$igem Sublimatwasser ausgespült; dabei wurden höchstens 2 Liter Flüssigkeit verbraucht. Schon vor der Untersuchung entleerte sich eine geringe Menge blutigen Schleimes aus den Genitalien.

Nach der Untersuchung (ob unmittelbar nach der Untersuchung oder erst nach der zweiten Ausspülung war nicht zu ermitteln) wurde die Schwangere von Schmerzen in der Unterbauchgegend befallen, doch that sie dessen keine Erwähnung und ging ihrer Beschäftigung nach. Zu den Schmerzen gesellte sich heftiges Erbrechen gallig gefärbter Flüssigkeit und Diarrhoe. (Nachträglich gab die C. an schon am Morgen an Diarrhoe erkrankt zu sein.)

Um $^{1}/_{4}$4 Uhr Nachmittags konstatirte ich bei der Frau Temperatursteigerung auf 38,5° C. — frequenten gespannten Puls; seltene schwache Spannungen der Gebärmutter. Aus dem ein wenig klaffenden nach vorn und unten gerichteten Muttermunde entleerte sich blutiger Schleim; im entfalteten Supravaginaltheile der vorliegende Kindeskopf.

Ich nahm nun, um das blutige Sekret aus der Scheide vollends zu entfernen, eine Scheidenausspülung vor u. z. mit 3%igem Karbolwasser, weil ich dem Eingangs erwähnten Principe folgend, eine an Diarrhoe erkrankte Frau von der Sublimatbehandlung glaubte ausschließen zu müssen. Innerlich wurden einige Tropfen Opiumtinktur verabreicht.

An die Vorwehen schlossen sich regelmäßige kräftige Geburtswehen an und am 29. August 12 Uhr 45 Minuten V.M. ($^{3}/_{4}$ Stunde nach dem Blasensprunge) gebar die Frau einen lebenden, etwas vorzeitigen (45 cm langen, 2585 g schweren) Knaben. Nach dem Austritte der Placenta wurde die Scheide mit 4%igem Karbolwasser ausgespült und dann mehrere kleine Vestibularfissuren und ein kleiner Dammriss mit Katgut vereinigt.

Bis zum nächsten Nachmittage vollständiges Wohlbefinden. Am 29. August Nachmittags rasch nach einander sechs dünnflüssige Stühle; Salivation, sehr spärliche Harnentleerung. Temp. 37,4,- Puls 96—108. Ord: 20 gtt. Opiumtinktur.

T. P. 30./8. Mäßige Salivation: Zahnfleisch stark aufgelockert, blauroth
37,5 92 verfärbt. An der Unterfläche der Zunge grauweiße Flecken; Uvula
38,0 Gaumenbogen und Tonsillen sehr stark geröthet. An der rechten Ton-
38,3 120 sille ein hanfkorngroßer gelbgrauer Pfropf. Seit gestern Nachmittag
37,9 hat die Kranke nicht geharnt. Mit dem Katheter entleert man etwa 20 ccm blassen, durch einen krümeligen Niederschlag getrübten Harns, der sehr große Mengen Eiweiß enthält. Das Sediment besteht aus zahlreichen hyalinen und granulirten Cylindern, vereinzelten Epithelcylindern, ziemlich zahlreichen Nieren- und Blasenepithelien, lymphoiden Elementen und ganz vereinzelten rothen Blutkörperchen.

Ord.: 20 gtt. Opiumtinktur. — Kali chloric. 10 : 1000 als Gurgelwasser; feuchtwarme Einpackung des Halses. Tags über Anurie. Fünf aashaft riechende, schleimige Stühle von graugrüner Farbe mit blutigen Streifen. Leib tympanitisch; Druckempfindlichkeit in der Coecalgegend. In der Nacht Anurie; 3 flüssige mit Blut gemengte Stühle. An der Unterfläche der Zunge, am Zahnfleische und den stark geschwollenen Tonsillen missfarbige Beläge. Aashafter Foetor ex ore.

T. P. 31./8. Leib etwas tympanitisch, nicht empfindlich, Uterus
37,3 108 gespannt 4 Querfinger oberhalb der Symphyse, schlaff, Ausfluss blutig.
37,4 » Katheter: 10 ccm Harn, der weniger Eiweiß enthält
37,5 124 » , als gestern.
37,4 126 » Ordin.: wie gestern und feuchtwarme Einpackung des Unterleibes.

Tagsüber Anurie, 1 dünnflüssiger Stuhl.

T. P. R. 1./9. In der Nacht fünf blutig tingirte Stühle.
37,0 108 Dicker Belag an der hinteren Pharynxwand. Coecalgegend
37,3 16 selbst bei tiefem Drucke nicht empfindlich. Zweimal katheteri-
37,4 sirt und je 5 ccm Harn entleert.
47,1 124 Ord.: 15 gtt. Opiumtinktur. Gründliche Reinigung der Mundhöhle, Gargarisma kal. hypermangan.

| T. | P. | |
|---|---|---|
| 36,9 | 104 | 2./9. Somnolenz. Seit gestern 2 Stühle. Zunge stark geschwollen, mit dickem borkigen Belage. Beim Abstreifen des Belages von der |
| 37,2 | zieml. kftg. | Unterfläche der Zunge und den Tonsillen blutet es. 3 ccm blassen Harns mit dem Katheter entleert. (Außerdem keine Harnentleerung |
| 37,5 | 132 | seit gestern.) Im Harn keine Cylinder; verfettete Epithelien der |
| 37,6 | 120 | Nieren, Epithelien der harnleitenden Organe in zahlreicher Menge, |

mäßig viel lymphoider Zellen und rother Blutkörperchen.

Wegen der Somnolenz kein Opium.

Nachmittags wird mit dem Stuhle etwas Harn entleert. Gegen Abend wird das Sensorium freier.

In einem der am 2. September entleerten Stühle konnte von Herrn Dr. Kraus kein Hg nachgewiesen werden.

| T. | P. | R. | |
|---|---|---|---|
| | | | 3./9. Seit gestern früh 10 dünne Stühle. Die Beläge am |
| 37,2 | | | Zahnfleische, an der Unterfläche der Zunge, den Tonsillen |
| 37,0 | 120 | 10—11 | und der hinteren Pharynxwand weiter ausgebreitet; an einzel- |
| 37,1 | | | nen Stellen haben sich die gestern vorhanden gewesenen grau- |
| 37,6 | 120 | | gelben Plaques unter Zurücklassung kleiner blutender Exko- |

riationen der Schleimhaut gelöst.

Tags über nur 20 ccm eiweißreichen Harns, der ziemlich viel verfettete Nierenepithelien und z. Th. unveränderte, z. Th. stark getrübte Blasenepithelien enthält, entleert.

| T. | P. | R. | |
|---|---|---|---|
| | | | 4./9. Die Diarrhoe dauert fort, doch findet sich in den Stüh- |
| 37,6 | 118 | 10 | len kein Blut mehr; zunehmende Somnolenz, tiefe stertoröse |
| 37,3 | 128 | | Respiration, Zuckungen der oberen Extremitäten. Anurie. Gegen |
| 37,4 | 136 | 14 | Mittag schwindet das Bewusstsein vollkommen, die Kranke verfällt |
| 36,7 | | | in tiefes Koma und stirbt am 5. September um 7 Uhr Abends. |

| T. | P. | R. | |
|---|---|---|---|
| | | | 5./9. Das Protokoll der am 6. September im patholo- |
| 37,9 | 128—132 | 16 | gisch-anatomischen Institute des Herrn Prof. Chiari vom |
| 38,5 | | | Herrn Assistenten Dr. Richter vorgenommenen Sektion |
| 39,6 | 136 | 26 | erlaube ich mir mit gütiger Erlaubnis des Herrn Prof. Chi- |
| 39,9 | | | ari wörtlich wiederzugeben: »Körper klein, gracil gebaut, |

gut genährt. Hautdecken blass. Auf der Rückseite konfluirende, violette Todtenflecke. Hals kurz. Thorax gut gewölbt. Mammae groß, drüsenreich, milchhaltig. Papillen und Warzenhöfe dunkelbraun pigmentirt. Unterleib leicht ausgedehnt, meteoristisch; an den Bauchdecken weiße Striae, Linea alba braun pigmentirt.

Weiche Schädeldecken blass. Schädel klein, dünnwandig, an seiner Innenfläche spärliches blutreiches Osteophyt. In den Sinus der Dura mater spärliches, dunkles, flüssiges Blut. Innere Meningen zart, blass, leicht abziehbar. Hirnsubstanz weich, blass, durchfeuchtet.

Schilddrüse klein. In der Trachea reichlich schaumig schleimige Flüssigkeit. Die Schleimhaut der Trachea, des Larynx und Pharynx mäßig injicirt, die der Bronchien intensiv geröthet. An der unteren Fläche der Zungenspitze so wie zu beiden Seiten der Uvula kleine seichte grau belegte Ulcera. Tonsillen geschwollen, theils mit dem gleichen Belage versehen, theils ulcerös zerstört. Die entstandenen Höhlen an ihrer Wand grau belegt mit missfarbiger Flüssigkeit erfüllt. In beiden Pleurahöhlen je etwa 300 ccm seröser, blutig gefärbter Flüssigkeit. Auf der Pleura der Unterlappen frische zarte fibrinöse Exsudatlamellen und zahlreiche Ecchymosen. Das Lungengewebe ziemlich blutreich, in beiden Unterlappen schlaff, roth pneumonisch hepatisirt; die Mittellappen und die unteren Partien des Oberlappens rechts in lobulären Herden verdichtet. Vielfach finden sich in den verdichteten Stellen punktförmige, gelbliche eiterähnliche Herde, oft ziemlich nahe an einander gestellt. Das Herz gewöhnlich groß, schlaff; sein Fleisch graugelblich, von mattem Glanze, wie gekocht. Der linke Ventrikel leer, im rechten mächtige postmortale Fibringerinnsel, die Klappen zart, eben so die Intima aortae.

Die Leber vergrößert, weich, oberflächlich glatt, Kapsel zart, das Parenchym trüb, graugelblich, wie gekocht. In der Gallenblase dunkle Galle. Die Milz vergrößert, weich; Pulpa violettroth, blutreich.

Die Nieren stark geschwollen, gespannt, über die Schnittfläche vorquellend, weich. Die Rinde fast rein weiß, ihre Oberfläche glatt. Die Marksubstanz dunkelroth. Die Schleimhaut der Becken, Kelche und Ureteren leicht injicirt. In der Blase eine ganz geringe Menge dicker, trüber Flüssigkeit. Die Blasenschleimhaut geröthet, stellenweise ecchymosirt.

Die großen Schamlippen turgescirend, mit Varikositäten versehen. Die Nymphen geschwollen. An der Innenfläche, besonders der linken, mit unregelmäßigen, theilweise nekrotischen Rändern versehene Risswunden. An der hinteren Kommissur eine von der Medianlinie des Introitus vagin. schief nach hinten verlaufende, $2^1/_2$ cm lange, $^1/_2$ cm tiefe, auf $^1/_2$ cm klaffende Ruptur. Schleimhaut der Scheide glatt, gelockert, blutreich. Die Muttermundslippen verlängert, zugeschärft, mit zahlreichen seichten Einrissen versehen. Die Ränder der letzteren nekrotisch. Der Uterus $15^1/_2$ cm lang, 11 cm breit, seine Wand im Fundus $1^3/_4$ cm, in der Mitte des Corpus $2^1/_2$ cm dick, sehr weich, mit weiten, klaffenden nur selten thrombosirten Gefäßdurchschnitten versehen. An der vorderen Wand des Uterus eine beetförmige Anschwellung, die in ihren oberen Partien aus Blutgerinnseln, in den unteren aus Deciduaresten besteht. Die übrigen Wände mit Gerinnseln und fetzigen Deciduaresten bedeckt.

Die Ovarien groß, follikelreich, im linken ein bohnengroßes Corpus luteum.

Im Magen dunkler, flüssiger Inhalt von leicht alkalischer Reaktion. Gegen die Cardia zu zahlreiche punktförmige Ecchymosen und ausgedehnte postmortale Erweichung. Die übrige Schleimhaut blass. Dünndarm leicht meteoristisch, enthält gelbbraune, dünnbreiige Massen. Die Schleimhaut leicht injicirt. Im untersten Ileum die Follikel geschwollen, einzelne von rothen Höfen umgeben.

An den Rändern der Bauhin'schen Klappe und in isolirten bis thalergroßen Herden im Colon ascend. ist die Schleimhaut oberflächlich verschorft, graugelb belegt, stark gewulstet. Im übrigen Dickdarm nur einzelne Schleimhautfalten dunkel geröthet. Pankreas weich, blass.

Mikroskopisch konstatirt man in den Nieren ausgebreitete Nekrose der Epithelien der gewundenen Kanälchen und Anhäufung von Kalk in denselben ($H_2SO_4$ Probe) theils in Form von drusigen aus amorphen, dunkelglänzenden Kugeln oder Platten bestehenden Klumpen, theils in Form feinkörniger Ausfüllungsmassen. Die Glomeruli fast gar nicht verändert. In den Kanälchen der Marksubstanz zahlreiche hyaline und feinkörnige Cylinder.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Intoxicatio medicin. hydrarg. bichlor. corr. effecta. Morb. Brightii acutus. Dysenteria. Stomatitis et Pharyngitis ulcerosa. Degener. parench. myocardii et hepatis. Pneumonia lobar. et lobular. bilat. Cystitis acuta. Fissurae vaginae, ruptura perinei. Uterus p. p. (ante dies octo) incomplete involutus.

Die mitgetheilte Krankengeschichte und der Sektionsbefund bedürfen keines Kommentars. Es bleibt nur übrig, zu erörtern, in welcher Weise hier die Vergiftung zu Stande gekommen ist.

Von der ersten Ausspülung konnte nur äußerst wenig Spülflüssigkeit in den Genitalien zurückgeblieben sein, da sich an die Ausspülung eine genaue Untersuchung der Scheide (es wurden die Ureteren abgetastet) mit zwei Fingern anschloss; aber auch die nach der Untersuchung eingespritzte Flüssigkeitsmenge musste größtentheils abgeflossen sein, da die C. gleich nach der Ausspülung das Bett verließ und sich von dem im ersten Stockwerke befindlichen Untersuchungszimmer in das ebenerdig gelegene Schwangerenzimmer begab. Hingegen ist mit sehr großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Spülflüssigkeit in den etwas eröffneten Muttermund und von hier aus in den Uterus gelangte, weil nach der zweiten Ausspülung sofort Schmerzen im Leibe auftraten an die sich heftiges Erbrechen anschloss. Wahrscheinlich bestanden um diese Zeit schon kleine Schleimhautläsionen im Bereiche des inneren Muttermundes (es entleerte sich schon vor der Untersuchung blutiger Schleim aus dem Muttermunde), von denen aus die Aufnahme des Subli-

mats in die Blutbahn direkt erfolgte. Schließlich wird noch zu berücksichtigen sein, dass die Kreißende schon am Morgen an Diarrhoe erkrankt war.

Dieser letztere Umstand, der erst später zu unserer Kenntnis gelangte, dürfte die überaus große Empfänglichkeit der erkrankten Person für das Sublimat einigermaßen erklären. In ähnlichen Fällen dürften auch schwache Sublimatlösungen, wenn sie direkt in die Blutbahn eindringen, wie dies bei Gebärenden und Frischentbundenen nicht immer vermieden werden kann, schwere Folgeerscheinungen hervorrufen. Es wird uns auch nicht immer möglich sein vor der ersten prophylaktischen Desinfektion die eine stärkere Empfänglichkeit für das Sublimat bedingenden, vielleicht oft nur sehr geringfügigen Veränderungen der exkretorischen Organe (vor Allem der Nieren) zu erkennen und darum, glaube ich, werden auch mit schwachen Sublimatlösungen einzelne traurige Erfahrungen in der Geburtshilfe nicht ausbleiben! Auf Grund dieser Erwägung möchte ich mich vollständig den Schlussworten des Thorn'schen[1] Vortrages anschließen:

»Ich möchte nun befürworten, das Sublimat zu Ausspülungen der Vagina und des Uterus überhaupt nicht mehr zu verwenden, weder inter partum, noch post partum. An seine Stelle möge wieder die Karbolsäure in den früher üblichen Lösungen treten. Zur Desinfektion der äußeren Genitalien, der Instrumente, so weit dies angeht, und der Touchirenden resp. Operirenden möge man sich auch hinfort des Sublimats als des für diese Zwecke sichersten und besten Desinficiens bedienen.«

---

# II. Bericht über die Verhandlungen der gynäkologischen Sektion der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Berlin.

Von

**Dr. Zeiss in Erfurt.**

(Schluss.)

Herr Sänger: Zur Technik der Amputatio uteri myomatosi supravaginalis (siehe Originalmittheilung im Centralblatt No. 44).

Herr Veit plädirt, Herrn Sänger gegenüber, auch in solch schweren Fällen für Durchführung der intraperitonealen Stielversorgung. Bei letzterer hat er mit Juniperusöl-Katgut sehr günstige Erfahrungen gemacht; gegen Versenkung der Gummiligaturen spricht das häufige späte Ausgestoßenwerden derselben.

In letzterem pflichtet ihm Herr Fritsch bei; er möchte dieselben nur bei starken Blutungen als nothwendiges Übel gelten lassen.

Sitzung am Mittwoch, den 22. September, Nachmittags.

Vorsitzender: Herr Schatz.

Herr B. S. Schultze (Jena): Amputation des Corpus uteri mittels Laparotomie wegen Retention der Placenta und puerperaler Sepsis.

Vortr. berichtet über einen Fall, welcher seiner Ansicht nach die Indikation zur Amputation des Corpus uteri mittels Laparotomie in segensreicher Weise zu erweitern geeignet ist; er führte die genannte Operation mit Erfolg aus am sechsten Tage des Wochenbettes wegen septischer Puerperalerkrankung in Folge Retention der Placenta.

F. S., 21 Jahre alt, gebar am 7. September d. J. ein frisch abgestorbenes, siebenmonatliches Kind. Placenta folgte nicht. Nabelschnur wurde abgerissen. Der einige Stunden später hinzugerufene Arzt war wegen Enge des Cervix nicht im Stande, die Placenta zu erreichen. Pat. wurde in die Klinik aufgenommen. Der Cervix des am Fundus in geringem Grade doppelten Uterus blieb definitiv so eng, dass in tiefer Narkose wohl ein Finger ihn passiren konnte, der Versuch, die in-

---

[1] Sammlung klinischer Vorträge, herausgegeben von Richard v. Volkmann No. 250. p. 1870.

zwischen bereits faulende Placenta zu lösen, aufgegeben werden musste. Trotz desinficirender Uterusausspülungen fortschreitende septische Erkrankung mit Temperaturen über 40°. Am 13. September Laparotomie. Uterus missfarbig, nur eine ihm anliegende Darmschlinge peritonitisch afficirt. Eröffnung des Uterus und Herausnahme der aashaft stinkenden Placenta. Der Zerfall der Uteruswand erstreckt sich am Fundus bis 2 mm unter der Peritonealoberfläche. Desshalb supravaginale Amputation beschlossen und ausgeführt. Auch die Schnittfläche im Cervix erscheint noch verdächtig, desshalb wird von Versenkung des Stumpfes abgestanden, derselbe in die Bauchwunde eingenäht.

Keine Peritonitis folgt. Vom Stumpf setzt sich kurze Strecke auf die Bauchdecken Gangrän fort, die sich bald begrenzt. Wöchnerin ist in Rekonvalescenz[1].

B. Schultze ist der Ansicht, dass sowohl konservative Sectio caesarea zur Entfernung der auf natürlichem Wege nicht mehr entfernbaren faulenden Placenta, als auch Amputation des septisch schwer inficirten Corpus uteri im Wochenbett öfters indicirt sind. Er präcisirt die Indikation dahin:

1) Es muss eine fortwirkende Quelle von Infektion im Uterus erkannt sein, welcher auf genitalem Wege nicht erfolgreich beizukommen ist.

2) Es muss im Uterus die einzige Quelle Tod drohender Infektion erkannt sein.

3) Weiter centralwärts schon deponirte Herde septischer Infektion, als Thrombosen, Embolien, müssen mit Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen sein.

Zu diesen Einschränkungen der Indikation tritt hinzu unsere Kenntnis, dass Placentareste und Placenten monatelang im Uterus liegen können, ohne zu inficiren; unsere Kenntnis ferner, dass von ganz schwerer Puerperalinfektion manche Frauen genesen. Der Vortr. hebt hervor, dass je mehr wir von allen Seiten die Indikation beschneiden, desto präciser dieselbe dastehen wird; und er spricht die Hoffnung aus, dass durch Ausführung der genannten Indikationen von den elftausend Wöchnerinnen, die alljährlich im deutschen Reich sterben, in Zukunft manche wird am Leben erhalten werden. Orig.-Ref.

Zur Diskussion führt Herr Hegar folgenden Fall an: Kreißende mit Prolapsus uteri und Elongatio colli. Wasserabfluss am ersten Tage. Nach fünftägigen Wehen Hals nur mangelhaft erweitert, 8 cm lang. Corpus uteri tetanisch fest kontrahirt, Arm vorliegend, Wendung unmöglich; Jauchebildung im Uterus. Kaiserschnitt, Frucht und Placenta entfernt. Porro wurde nicht gewählt, da die grüngelbliche Entfärbung nur einige Millimeter in die Tiefe der Uteruswand reichte. Genesung.

Herr Löhlein (Berlin): Indikation zur künstlichen Frühgeburt bei inneren Krankheiten.

Die Einführung der Antisepsis in die Geburtshilfe hat die Frage von dem Werth der künstlichen Frühgeburt wesentlich vereinfacht. Wir haben nicht mehr die Gefahr des Eingriffs abzuwägen gegen die Gefahr der bestehenden Situation, sondern einfach zu überlegen, welchen Nutzen für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind die Beendigung der Schwangerschaft verspricht.

Diese größere Sicherheit hat eine nachweisliche Steigerung der Frequenz des Eingriffs nach L. nicht zur Folge gehabt. Eben so hat der große Umschwung, den die bakteriologischen Forschungen in unseren Anschauungen erzeugten, die vorliegende Frage kaum beeinflusst. Bezüglich der akuten Infektionskrankheiten, namentlich auch Typhus und Pneumonie, ist der durch die klinischen Thatsachen begründete Nutzen des einfach exspektativen Verhaltens in keiner Weise in Frage gestellt. Bezüglich der Phthisis tuberculosa würde die Rücksicht auf die Frucht dann ein Eingreifen gebieten, wenn die an und für sich sehr seltene intra-uterine Übertragung nur in der allerletzten Zeit der Schwangerschaft statt hätte. Dies ist aber nicht der Fall. Und so bleibt es auch hier bei der Indicatio symptomatica, die nicht häufig vorliegt.

Von den krankhaften Zuständen, die nur durch den Status gravidus bedingt sind, wird das unstillbare Erbrechen kurz erörtert. Unter Anführung eines Falles, der die Einleitung des Abortus dringend zu indiciren schien, und der durch kon-

[1] Rekonvalescenz ungestört laut Bericht vom 29. September.

sequente Ernährung per rectum doch glücklich über die gefährliche Zeit hinweggebracht wurde, mahnt L. zu großer Zurückhaltung, die freilich von einem gewissen Punkt an nicht mehr gerechtfertigt ist.

Eingehender wird die Nephritis gravidarum besprochen. Von 4 Gesichtspunkten aus kann hier von dem Eingriff unter gewissen Verhältnissen ein Vortheil erhofft werden: 1) bei quälenden und direkt bedrohlichen hydropischen Erscheinungen, 2) wegen drohender Eklampsie, 3) wegen des intra-uterinen Fruchttodes bei retroplacentaren Blutergüssen (Löhlein, Winter), 4) wegen des freilich noch nicht zweifellos nachgewiesenen Übergangs der Schwangerschaftsniere in chronische Nephritis.

Bei der letzteren ist die Entscheidung über die künstliche Frühgeburt oft außerordentlich schwierig und kann nur individuell getroffen werden. In einer großen Zahl von Fällen wird durch den spontanen Abort der Arzt von den Erwägungen entbunden, die hier am Platze sind.

Bezüglich der chronischen Herzkrankheiten haben sich dem Vortr. im Lauf der Jahre die Anschauungen, die er in seiner Monographie niedergelegt hat, — namentlich betreffs der Herzhypertrophie Schwangerer und der Bedeutung der Endocarditis recurrens — bestätigt. Besonders auch hat ihn der Verlauf verschiedener Schwangerschaften bei derselben Herzkranken gelehrt, dass man hier nicht schematisiren darf und nicht etwa nach dem Sitz des Klappenfehlers die Indikation stellen kann. Bei 15 Schwangerschaften von 7 Herzkranken hatte er nur einmal die Frühgeburt einzuleiten. Von den 7 Kranken sind im Laufe der Jahre 4 gestorben, aber nur bei einer war der Tod die Folge der Komplikation mit Schwangerschaft. Die Fähigkeit des Herzens sich den veränderten Ansprüchen der Schwangerschaft und der plötzlichen Steigerung derselben während der Austreibung oft recht kräftiger Kinder zu accommodiren, sprang um so mehr in die Augen, als es sich zumeist um zarte, schwächliche Frauen handelte.

Der Vortr. schließt mit dem Hinweis auf die Gemeinsamkeit der ärztlichen Aufgaben, die sich am deutlichsten zeige, sobald man sich auf ein Grenzgebiet begiebt, wie das vorliegende eines zwischen innerer Medicin und Geburtshilfe bildet.

Orig.-Ref.

Herr Schlesinger (Wien): Über operative Eingriffe bei kongenitalem Mangel der Vagina.

Redner hält auch bei gänzlichem Mangel der Scheide den Versuch der Bildung einer künstlichen, sackartigen Höhle für berechtigt, um erstens die Potentia coëundi zu ermöglichen und zweitens den bei solchen Bildungsanomalien nicht seltenen nervösen und psychischen Störungen auf diese Art beizukommen. Er stellte in einem solchen Falle durch stumpfes Vordringen zwischen Rectum und Blase einen 6 bis 7 cm tiefen Sack her, der, dem Eindruck des Fingers noch weit tiefer nachgebend, recht gut einen Coitus ermöglicht hätte. S. glaubt, wenn die Heirath zu Stande gekommen wäre, würde der Kanal auch auf die Dauer offen erhalten worden sein. So aber ist er bereits wieder in Schrumpfung begriffen; indessen sind die bis zum Gedanken an Selbstmord gehenden gemüthlichen Störungen des Mädchens und die nervösen Erscheinungen bis jetzt wenigstens beseitigt.

Herr Schröder glaubt, dass man die neugebildete Scheide nur dann offen erhalten könne, wenn ihr Anfangsstück mit Schleimhautlappen des Introïtus überkleidet wird.

Herr Cohnstein: Über Blutdruck vor und nach der Geburt.

C. hatte früher mit Zuntz behauptet, die ersten Athemzüge nach der Geburt seien von einem starken Sinken des arteriellen Druckes gefolgt. Da diese Resultate von Preyer und Ziegenspeck bestritten worden seien, hielten sie es für angezeigt, direkte Versuche zu machen. »Beim reifen, durch Sectio caesarea zugängig gemachten Schaffötus wurde zuerst bei ungestörter intra-uteriner Apnoe der Blutdruck bestimmt und dann, nachdem der Fötus extrahirt war, weiter beobachtet. Erst längere Zeit nach der Abnabelung wurde die Beobachtung unterbrochen, um nach einigen Stunden, ev. am folgenden Tage nochmals aufgenommen zu werden. Wir fanden: Der Moment des ersten Athemzuges bewirkt wenige Sekunden ein

Absinken des Druckes mit darauf folgender Steigerung. Am folgenden Tage ist der Druck meist nicht höher als nach den ersten Athemzügen. Für die Steigerung des Druckes nach den ersten Athemzügen ist die normale Aspiration des Placentarblutes nothwendig. Die Abnahme der Füllung der Nabelarterien beruht nicht auf Erniedrigung des Arteriendruckes; sie dürfte durch die Thätigkeit der sehr starken Ringmuskulatur der Nabelarterien veranlasst sein.«

Herr C. Ruge: Über die Placenta.

An einem geeigneten Präparat wurden die mütterlichen und die fötalen Gefäße künstlich injicirt behufs Untersuchung der Wege, die das mütterliche Blut in die intervillösen Räume nimmt. Die Injektion von der Mutter her füllte den ganzen intervillösen (placentaren) Raum. Bei der näheren Untersuchung, wo und wie das Blut übertritt, ergab sich, dass nirgends die bis jetzt beschriebenen, durch die Serotina aufsteigenden Gefäße (die sich in die intervillösen Räume öffnen sollen) gefunden wurden, sondern dass beim Wachsthum der Placenta das Zottengewebe in die mütterlichen Gewebe und auch Gefäße einwuchert, letztere nicht öffnet, sondern verstopft. Wenn auch der Übertritt von mütterlichem Blut zwischen die Zotten nicht ganz ausgeschlossen ist, so kann doch keineswegs von einer intervillösen Cirkulation die Rede sein. Die bis jetzt herrschenden Schemata sind nicht richtig. Orig.-Ref.

Herr Küstner hält dem gegenüber an der Existenz der intervillösen Räume fest; dieselben würden, lediglich der Anschaulichkeit halber, in den Schemata allerdings zu groß abgebildet.

Sitzung am Donnerstag, den 23. September, früh 9 Uhr.

Vorsitzender: Herr Fritsch.

Herr Stratz (Berlin): Zur Lage des Uterus.

Es fehlt bisher an einer verwerthbaren Zusammenstellung der durch den Tod herbeigeführten Veränderungen in der Lage der weiblichen Genitalien. Die wirkenden Faktoren sind 1) Herabsetzung des intraabdominalen Druckes durch Wegfall der Athembewegungen und des Muskeltonus, später Steigerung desselben durch die Todtenstarre und Gasbildung in den Därmen, 2) Erschlaffung der muskulären und elastischen Elemente, 3) Aufhören der Cirkulation, 4) Rückenlage der Leiche.

Um möglichst dem Status in der Lebenden nahe zu kommen, müsste behufs Herstellung von Präparaten die Leiche sofort post mortem in aufrechter Stellung injicirt und zum Gefrieren gebracht werden; die Drucksteigerung im Abdomen wäre durch Anbringung von Öffnungen zu paralysiren. Durch Vermeidung einzelner dieser Faktoren lässt sich ihr Einfluss studiren. Das Erschlaffen der elastischen und muskulären Elemente, der einzige Faktor, der sich an der Leiche nicht eliminiren lässt, führt übrigens nicht zu allzugroßen Veränderungen.

Die wichtigsten Leichenerscheinungen sind (es werden 2 von Herrn Prof. Waldeyer angefertigte Präparate demonstrirt): 1) Schlaffheit des Uterus und seiner Adnexa, 2) Retroflexion des Uterus, 3) das Tiefertreten des Beckenbodens und seiner Weichtheile, 4) das Klaffen des Anus, 5) das trichterförmige Klaffen des Introïtus vaginae und der Urethra. Diese Veränderungen wurden vom Redner durch Untersuchung einer Reihe von Fällen ante und post mortem konstatirt. Punkt 3 lässt sich freilich nur an Gefrierpräparaten, hier aber konstant, nachweisen.

Herr Fürst und Herr Küstner sprechen ihre Übereinstimmung mit den Ansichten R.'s aus und billigen die in Anwendung gezogene Untersuchungsmethode.

Herr Landau betont, dass die bisher noch nicht genügend erklärte Rechtslagerung des graviden Uterus nicht eine ursprüngliche sei, sondern durch die eigenthümliche Ansatzweise des Dünndarmmesenteriums und damit bedingte Linkslage des Dünndarms veranlasst werde. Herr Schatz glaubt, dass dies Moment überhaupt noch viel weitergehenden Einfluss auf die Stellung des Uterus besitze. Herrn Hegar's Ansicht nach bestanden doch eine Anzahl der in der Leiche gefundenen Retroflexionen schon im Leben; hier sind es wenigstens zum Theil ja dieselben Bedingungen, unter welchen Retroflexion entsteht.

Herr E. Cohn: Über die Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen.

Die Blennorrhoefrage lässt sich heute in den Sätzen zusammenfassen:

1) Ist Arg. nitric. ein Specificum gegen die Blennorrhoea neonat. oder sind andere Desinficientien, resp. bloße extremste Reinlichkeit von gleicher Wirksamkeit?

2) Ist das Gift der Blennorrhoe identisch dem der Gonorrhoe?

3) Resultirt aus der Beantwortung dieser Fragen die Nothwendigkeit, eine oder die andere prophyl. Maßregel Ärzten und Hebammen obligatorisch zu machen?

I. In der Berliner Universitäts-Frauenklinik wurde erzielt:

| | | |
|---|---|---|
| 1) mit der Crede'schen Methode Morbidität | 1,5% | |
| 2) mit Sublimat $1^0/_{00}$ - - | 0,6% | innerhalb der ersten |
| 3) mit Sublimat 0,02% - - | 0,4% | 4 Tage = 0% |
| 4) mit Sol. Zinc. sulfocarbol. 0,5% - | 0,3% | do. |

Von April 1885 — April 1886 wurde keine medikamentöse Behandlung eingeleitet:

1) Einträufelung von Aq. dest. (200 Kinder) = 4% (innerhalb der ersten 3 Tage).

2) Trocknes Abwischen der Lider unmittelbar p. p. (653 Kinder) = 1,9% (mit Abzug der erst am 5. Tage erkrankten = 1,2%).

Auf die Phrophylaxe der Augen ist nicht das alleinige Gewicht zu legen, es muss vielmehr die genaue Desinfektion des Geburtskanals a. p. mit in Betracht gezogen werden. Die mit den verschiedenen Mitteln und der passiven Behandlung erzielten gleichen Erfolge beweisen, dass im Arg. nitric. kein Specificum gegen die Blennorrhoe zu erblicken sei.

II. Es giebt zwei Formen von eitriger Entzündung der kindlichen Bindehaut: die echte, infektiöse Blennorrhoe, in deren Eiter jedes Mal der Gonococcus Neisser zu finden, zweitens eine gutartige Conjunctivitis suppurativa (bis zur Eiterbildung gesteigerter Bindehautkatarrh).

Klinische Unterschiede sind der ungleich schwerere Verlauf der Blennorrhoe (Corneaaffektion), während bei der gutartigen Form schnelle Heilung eintritt, ferner das verschiedene Verhalten der Conjunctiva (hochrothe, himbeerartige Färbung, Ödem, Chemosis), endlich der bakterioskopische Befund. Nur die Entzündungen der kindlichen Bindehaut, in deren Sekret sich der Gonococcus nachweisen lässt, sind echte Blennorrhoen.

Vortr. fand in den Lochien resp. in zweifelhaften Fällen im Sekret der Urethra aller Mütter, deren Kinder an Blennorrhoe erkrankten, Gonokokken, in den Sekreten der anderen, deren Kinder an der gutartigen Form litten, keine charakteristischen Gonokokken.

Was den Infektionsmodus anbelangt, so will Vortr. höchstens die Erkrankungen innerhalb der ersten 3 Tage p. p. als während oder gleich nach der Geburt eingeleitet ansehen, die anderen als Infektionen während des Wochenbettes. Rapide Vermehrung der Kokken im Beginn des Puerperiums. Vortr. will das Hauptgewicht der Prophylaxe auf gründliche Desinfektion des Geburtskanals, exakte Reinlichkeit p. p. und möglichste Trennung der Kinder von der Mutter im Puerperium legen.

III. Bei der Gleichartigkeit der Erfolge mit den medikamentösen Prophylaxen p. p. und der Asepsis i. p. hält Vortr. eine obligatorische Einführung des Credé'schen oder eines ähnlichen Verfahrens nicht für angezeigt. Dagegen spräche die Art der Infektion, die nur von Individuum auf Individuum statthat, ferner vor allen Dingen die mit Antisepsis und Reinlichkeit erzielten Erfolge. Auch in der poliklinischen Praxis sah Vortr. unter 500 Fällen nur 1 Blennorrhoe.

Wünschenswerth sei, dass bei dem neuen Desinfektionsregulativ für Hebammen Gewicht auf die genaue vorbereitende Desinfektion der Genitalien aller Kreißenden gelegt werde. Orig.-Ref.

Herr Hegar spricht seine vollkommene Übereinstimmung mit C.'s Ansichten aus. Der Erfolg großer Reinlichkeit spricht gegen die Annahme einer Infektion beim Durchpassiren des Kopfes durch die Scheide.

Die Herren Gusserow, Frank und Korn wollen dagegen das Credé'sche Verfahren nicht verlassen wissen. Herr Schatz glaubt, dass für die Praxis wenigstens eine bloß auf Reinlichkeitsforderung basirte Therapie erfolglos sein wird.

Herr J. Veit: Über Endometritis corporis. So sehr auch in neuerer Zeit durch fleißigste Forschung dieser Gegenstand an Klarheit gewonnen hat, hält Redner es doch für angezeigt, einige Punkte hier der Diskussion zu unterbreiten.

So glaubt V., dass der Schultze'sche Probetampon keinen sicheren Anhaltspunkt für den Sitz eines Katarrhes bilde. Für ihn sei hier einzig und allein die Sondenuntersuchung das Entscheidende, die erkrankten Stellen markiren sich ihr deutlich durch Wucherung, Weichheit und Empfindlichkeit. Ferner sei es wichtig, die Endometritis in der Schwangerschaft betreffend, dass die endometritischen Veränderungen makroskopisch häufig leicht zu übersehen seien, dagegen dem Mikroskop sich als streifenförmige, interstitielle oder mehr diffuse, drüsige Wucherungen in der Decidua enthüllen. Erklärung der Aborte und Heilung der »Disposition« hierzu erfordere eine ernste Beachtung dieses Momentes.

Zur Therapie hat V. die umfassendsten Versuche gemacht und ist durch dieselben zur Überzeugung gekommen, dass am gründlichsten und dauerndsten die Auskratzung mit nachfolgenden, konsequent fortgesetzten, energisch desinficirenden Einspritzungen zum Ziele führt. Laminariaerweiterung ist nur bei starker Wandverdickung indicirt. Auskratzung allein genügt nur bei Subinvolution nach Abort ohne vorher bestehende Schleimhauterkrankung und sonst nur bei den allerleichtesten Formen von Endometritis. Als Nachbehandlung nach der Auskratzung empfiehlt B. demgemäß bei den katarrhalischen, eiterigen, dysmenorrhoischen Formen die Ausspülung mit desinficirender Flüssigkeit, bei allen anderen Formen aber die mehrwöchentliche, alle zwei Tage zu wiederholende Einspritzung von mehreren Gramm reiner Jodtinktur. So sah er wieder normale Schleimhaut und mehrfach auch wieder Gravidität.

Herr Schwarz will dagegen drei Formen der Endometritis getrennt wissen: 1) die Endometritis fungosa Olshausen's; hier gebe Cürettement und Eisenchlorideinspritzung die befriedigendsten Resultate, 2) die Endometritis gonorrhoica, die nur eine kaustische Behandlung indicire, 3) die Endometritis senilis, oft schon vor dem Klimax zu beobachten, mit starker Atrophie der Schleimhaut, heftiger Empfindlichkeit derselben, zuweilen mit Hypersekretion. Auskratzung könne hier nichts helfen; Ausspülungen und Ätzung führen meist, wenn auch nicht dauernd, zur Heilung. Applikation von reiner Jodtinktur hält S. höchstens in achttägigen Pausen für zulässig.

Herr Fränkel stimmt Schwarz's Eintheilung der Endometritis corporis bei. Bei der Endom. diff. polyp. (Olshausen) verfährt er wie Veit; die zweite Art der Endometritis, die gonorrhoische, bot ihm die meisten Schwierigkeiten; am meisten erzielte er noch mit viele Wochen lang fortgesetzten Uterusausspülungen mit Sublimat.

Herr Hegar empfiehlt Cürettement, dann alle 5—6 Tage Jodtinktur. Als Vorsichtsmaßregel scheint ihm eine, wenigstens mäßige Dilatation vorher angezeigt; bei Fiebersteigerungen reichliche intra-uterine Spülungen.

Herr Löhlein stimmt im Allgemeinen mit Veit's Ansichten überein, betont dagegen, dass doch zahlreiche Fälle auch durch die einfache Auskratzung zu heilen seien, auch der diffusen Form der Olshausen'schen Endometritis. Die von Schwarz erwähnte senile Form sah er zuweilen schnell nach Einlegung hohler Intra-uterin-Stifte zur Drainage heilen.

Herr Küstner entwickelt, dem absprechenden Urtheile Veit's gegenüber, den Werth des Probetampons; und der von ihm früher angerathenen Modificirung der Untersuchung der abfließenden Sekrete.

Herr Hirschberg legt bezüglich der Therapie Werth auf eine recht gründliche Auswischung der abgekratzten Uterusinnenfläche durch Jodoformgazewickel.

Herr Winter (Berlin): Zur Therapie des platten Beckens.

Vortr. prüft an der Hand des poliklinischen Materials der kgl. Universitäts-Frauenklinik in Berlin die Frage, ob eine der beiden bis jetzt geltenden Ansichten über die Therapie bei plattem Becken, die exspektative und die aktive richtiger sei oder ob vielleicht eine vermittelnde Anschauung den Verhältnissen mehr entspreche; er glaubt sich für die abwartende Methode bei Erstgebärenden und die

aktive bei Mehrgebärenden entscheiden zu müssen und stützt seine Anschauung 1) darauf, dass die Nebenfaktoren der Geburt bei plattem Becken, Kraft der Bauchpresse, Stärke der Wehen, Zurückziehung des Uterus über die Frucht, Größe des Kindes, bei Erstgebärenden ein Durchtreten des Kopfes oder wenigstens die für die leichte hohe Zange günstige Kopfeinstellung erwarten lassen, während sie bei Mehrgebärenden den Eintritt des Kopfes sehr unwahrscheinlich machen; 2) auf die günstigen Resultate, welche er mit dem abwartenden Verfahren bei Iparae und mit der zur rechten Zeit bei Multiparae vorgenommenen Wendung erreicht hat.

Durch die rechtzeitige Wendung vermeidet man häufig die bei längerem Warten nöthig werdende Perforation des lebenden Kindes.

Die Resultate für die Mutter sprechen ebenfalls entschieden für die aktivere Methode. Orig.-Ref.

(Eine Arbeit über dieses Thema wird in extenso im nächsten Heft der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie erscheinen.)

Schlusssitzung am Donnerstag, den 23. September 1886, Nachmittags 2 Uhr.
Vorsitzender: Herr Küstner.

Zur Diskussion über den Vortrag des Herrn Winter warnt Herr Fränkel, Winter's Vorschläge nicht auch auf das allgemein verengte Becken zu übertragen; die Prognose der prophylaktischen Wendung sei hier für Mutter und Kind zu ungünstig. Aber auch den hohen Zangenversuch vor der Perforation will er nur für Kliniken und durchaus erfahrene Geburtshelfer erlaubt wissen.

Herr Hegar, Schatz und Freund sprechen sich im Allgemeinen für einverstanden aus mit der vom Redner fixirten Indikationsstellung; einzelne Punkte werden abweichend beurtheilt, die nicht die Indikationsstellung als solche direkt berühren.

Herr Hofmeier: Über die endgültige Heilung des Carcinoma cervic. uteri.

Den Untersuchungen liegen zu Grunde die bis zum 1. Oktober 1885 in der kgl. Universitäts-Frauenklinik operirten 161 Fälle von Cervixcarcinom, darunter 46 Totalexstirpationen, deren weiteres Verhalten nach der Operation Jahr für Jahr verfolgt wurde. H. kam hierdurch zu dem Resultate, dass die Prognose der operativen Behandlung eine sehr gute ist, und erläutert dies durch eine tabellarische Zusammenstellung. Ferner hat H. versucht, die Prognose für die einzelnen Formen des Cervixcarcinoms und für den bestimmten Fall abzuleiten, an der Hand der zahlreichen ihm zu Gebote stehenden Krankengeschichten. H. glaubt, dass das Ergebnis seiner Zusammenstellungen bei noch nicht zu weit vorgeschrittener Affektion zu einem energischen, operativen Eingreifen ermuthigen werde.

Herr Freund berichtet über einen von ihm vor $8^1/_2$ Jahren operirten und gesund gebliebenen Fall.

Herr Schatz wünscht Meinungsäußerungen über die Frage, ob durch Operiren mit Glühhitze die Gefahr der Recidive vermindert wird. Er sah $^3/_4$ Jahre nach einer vaginalen Exstirpation ein Cylinderzellencarcinom in der Harnröhre entstehen.

Herr Odebrecht beobachtete ein Recidiv in einem behufs Raumgewinnung gespaltenen, dann aber genähten und p. pr. geheilten Damm, nach hoher Excision. Er empfiehlt hohe Excision und nachherige Kauterisation mit dem Glüheisen.

Herr Fränkel hat vor $5^1/_2$, 4 und $2^1/_2$ Jahren unter Anwendung von Glühhitze (1mal Galvanokaustik, 2mal Ferr. candens) 3 Fälle operirt, die bis jetzt recidivfrei geblieben sind.

Herr Schröder legt ebenfalls der Glühhitze als recidivverhinderndem Faktor großes Gewicht bei. Er hat ein Recidiv, nach einer blutigen Operation eingetreten, damit radikal geheilt; die Frau ist seit 8 Jahren gesund. Indessen zieht er bei radikal zu operirendem Carcinom den Schnitt mit nachfolgender Naht als glatte und sichere Methode vor. Zweifelhaft sei ihm noch, ob man in dem Odebrecht'schen Falle direkte Überimpfung annehmen müsse; vielleicht komme es in Fällen von allgemeiner Carcinose besonders leicht zur Ablagerung der Keime in dem neuen Narbengewebe.

Herr Wyder: Über die Behandlung der Placenta praevia.

Die jetzt bei den meisten Ärzten übliche Behandlungsweise der Placenta praevia besteht in Tamponade (bis innere Wendung möglich), dann Wendung, Extraktion und Entfernung der Placenta. Nachtheile dieser Methode sind: 1) Blutung wird nicht sicher gestillt; Tamponade muss öfters erneuert werden; 2) große Gefahr der Infektion; 3) Risse ins untere Uterinsegment mit ihren verhängnisvollen Folgen; 4) die Placenta muss oft manuell entfernt werden; 5) ein meist sehr großer Zeitverlust. Alle diese Nachtheile werden durch die kombinirte Wendung (und nachheriges Überlassen der Geburt an die Wehen) auf ein Minimum reducirt. Die kombinirte Wendung sei bei Einführung der ganzen Hand in die Scheide und Einschiebung des oder der Finger in ganzer Länge durch den Muttermund, nicht schwer. Bei Placenta praevia centralis soll, unter Aufdrücken des vorliegenden Kindestheils auf die innere über dem Muttermund gelegene Placentastelle, die Placenta ohne Weiteres durchbohrt werden. Gegenüber der bei kombinirter Wendung allerdings großen Kindersterblichkeit ist, wie W. zahlenmäßig nachweist, die Mortalität der Mütter eine bedeutend geringere, als bei der anderen Behandlungsweise.

Herr Jungbluth bespricht und empfiehlt die Verwendung seiner desinficirten Pressschwämme bei Placenta praevia. Diesem Verfahren macht Herr Wyder folgende Vorwürfe: die Infektionsmöglichkeit sei immer noch eine große; eine weiter fortschreitende Lösung der Placenta werde nicht vermieden; Blutungen gegen Ende der Geburt, d. h. besonders in der dritten Geburtsperiode, würden durch dasselbe begünstigt, daher oft eine manuelle Lösung der Placenta noch nöthig, in Jungbluth's 7 Fällen 4mal; dagegen in W.'s 27 Fällen ebenfalls nur 4mal. Herr Jungbluth bestreitet die Begünstigung der Blutung durch Herausziehen der Pressschwämme; die manuelle Lösung der 4 Placenten sei nicht Blutverlusts halber geschehen.

Herr L. Neugebauer jun. (Warschau): Über Polymastie.

Eine zum zweiten Male Entbundene bemerkte, dass aus Pigmentflecken an ihren Brüsten während des Stillens reichlich Milch ausfloss. Diese Flecken stellten sich bei genauerer Untersuchung als 8 überzählige Brustwarzen heraus. Diese 10 Brustwarzen waren in zwei nach unten konvergirenden Linien angeordnet; die obersten lagen in den Achselhöhlen. Genauer soll dieser Fall in einer größeren Arbeit über jene Entwickelungsanomalien veröffentlicht werden. Herr Reimann (Kiew) führt noch 2 ähnliche Fälle aus der russischen Litteratur an.

Schluss der diesjährigen Sitzung. Zu Einführenden für die gynäkologische Sektion der nächstjährigen Versammlung in Wiesbaden werden vorgeschlagen und angenommen die Herren Diesterweg (Wiesbaden) und Professor Kaltenbach (Gießen).

(Die mit »« eingeschlossenen Stellen des Berichtes sind dem Tageblatt der Naturforscherversammlung [persönliche Aufzeichnung der Herren Redner] entnommen. Zeiss.)

---

# Kasuistik.

## 1) Nieberding. Über Melaena neonatorum.

(Würzburger phys.-med. Gesellschaft 1886. Mai 8.)

Über die Ätiologie der Melaena herrschen bis jetzt die verschiedensten Ansichten. Man fand bei Sektionen theils Geschwüre in der Schleimhaut des Magens und des Duodenum, theils bloß eine Hyperämie in den betreffenden Theilen des Verdauungstractus. Nach Landau ist die Ursache der Melaena eine Embolie der Magen- und Duodenalgefäße, welche aus einer Thrombose der Nabelvene hervorgeht. Vogel sucht sie zu erklären durch eine stärkere Füllung und Turgescens der Menstrualarterien und deren Kapillaren, wenn nach Schluss der Nabelarterien eine Stauung in ersteren eintritt. Dabei wird eine besondere Dünnwandigkeit der Gefäße angenommen. Andere Autoren (Lederer etc.) nehmen eine

vererbte Anlage, eine Hämophilie des Vaters oder beider Eltern, an. N. beobachtete einen Fall, in dem am 2. Tage starke Darmblutungen eintraten, welche den Tod nach 12 Stunden herbeiführten. Die Mutter litt in der Sshwangerschaft an hochgradiger Anämie, die mit Erfolg behandelt wurde. Die Sektion der Kinderleiche ergab außer einer Anämie sämmtlicher Organe, weder in der Nabelvene noch in den Mesenterialgefäßen etwas, was für obige Erklärungen sprechen konnte. Dagegen zeigte sich eine Anomalie am Herzen. Der Ductus Botalli war nicht obliterirt, sondern im Gegentheil ein erweiterter Kanal, während der Aortenbogen vor der Einmündung des Ductus Botalli eine bedeutende Stenose zeigte. Die Pulmonalarterien sind eng. Der Umfang der Aorta betrug an der Verengerung 8 mm, während der Umfang des Ductus Botalli 1,6 cm ergab.

Durch diese Anomalie wird eine große Menge venösen Blutes in die Aorta geworfen und eine Überladung des gesammten arteriellen Systems herbeigeführt. Die Mesenterialarterien und ihre Darmkapillaren betheiligen sich an dieser venösen Hyperämie. **Heilbrun** (Kassel).

## 2) **Frank** (Künzelsau). Chloroform bei Nachgeburtsblutungen.

(Memorabilien 1886. Juni 7.)

Eine 29jährige Ipara wurde wegen Wehenmangels und Missverhältnis mit der Zange entbunden. Nabelschnur um den Hals und die daranliegende Haut 2mal geschlungen. Placenta entfernt. Bald darauf heftige Blutung. Chloroform (1 Esslöffel) auf ein Stück Watte gegossen und in den Uterus gelegt, brachte die Blutung sofort zum Stehen. Uterus war fest kontrahirt. Pat. klagte bloß über Brennen.

Chloroform bei Nachgeburtsblutungen wurde zuerst von Betz empfohlen (Memorab. 1885 p. 259). **Heilbrun** (Kassel).

## 3) **v. Kölliker.** Zwei Fälle von Doppelmissbildung beim Menschen.

(Sitzungsberichte der physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg. Sitzung am 10. Jan. 1885.)

Die beiden demonstrirten Missbildungen betrafen einen Xiphopagus und einen Dicephalus tetrabrachius tripus.

Der Xiphopagus, ein Fötus von 3 Monaten, entstammt einer Frau, mit angeborener Lippen- und Gaumenspalte, die schon einmal geboren hatte. Lues oder andere Krankheiten waren nicht an ihr nachzuweisen. Die zwei weiblichen Körper sind mit Brust- und Oberbauch verwachsen und haben nur 1 Nabel.

»Der Dicephalus tetrabrachius tripus betrifft ausgetragene Embryonen einer erstgebärenden Bäuerin. Die Doppelbildung wog 6 Kilo und wurde auf natürliche Weise so geboren, dass erst der eine Kopf durchtrat, hierauf der Doppelrumpf mit den 3 Beinen und zuletzt der zweite Kopf, wobei allerdings die allein anwesende Hebamme durch Zug mithalf und ein Dammriss nicht zu vermeiden war. Das dritte, unpaare Bein steht nach hinten und hat der Fuß eine unter rechtem Winkel abstehende große Zehe. Genitalöffnung einfach mit 2 Vaginae.« Magen und Milz waren doppelt und standen verkehrt, die eine Milz rechts, die andere links.

Die erste der beiden Missbildungen entspreche den Fig. 5 u. 6 der Taf. IV von Förster, so wie den Fig. 4, 5 u. 8 von Ahlfeld Taf. I; der zweite stimme fast genau mit der Fig. 14 der Tafel I von Förster; nur sind in vorliegendem Falle die beiden Oberkörper, die Köpfe und Arme gleich gut entwickelt.

**Zeiss** (Erfurt).

## 4) **Justus Fontana.** Beitrag zur Lehre der Oophoritis chronica.

Inaug.-Diss., Zürich, 1882.

Astruc sprach zuerst von einer Entzündung der Eierstöcke. K. Meyer und B. S. Schultze stellten die Diagnose dieser Krankheit sicher. Von da ab beschäftigten sich viele Autoren eingehender mit dieser Affektion. Der Arbeit liegen 145 Fälle mit Krankengeschichten aus der Frankenhäuser'schen Klinik zu Grunde und sie will lediglich eine klinische Studie, keine pathologisch-anatomische Forschung sein.

1) Ätiologie und Vorkommen.

Unter 3054 gynäkologischen Erkrankungen kamen 145 Fälle von chronischen Oophoritiden vor = 4,75% gegenüber 1,33% von Olshausen. Nur ganz ausnahmsweise kommt die Oophoritis außerhalb der geschlechtsthätigen Zeit des Weibes vor. In Bezug auf das Alter zeigt die größte Frequenz das 3. Decennium = 58,2%. Ledig waren 46, die übrigen 99 = 68,28% verheirathet. 79,31% der Erkrankungsfälle betreffen Frauen, die schon geboren haben. Schwangerschaft und Wochenbett geben jedoch nur ein prädisponirendes Moment für die chronische Oophoritis. Die früher als ätiologisch wichtige Momente erwähnten Excesse in venere entpuppen sich wohl meistens als infektiöse Katarrhe. In der That spielt die Gonorrhoe eine Hauptrolle als direkte Ursache der Oophoritis. Im Anschluss an Retroflexio uteri kann Eierstocksentzündung entstehen. Nach Einklemmung eines Ovariums durch Pessarien. Anstrengende Arbeit mit der Nähmaschine. 36,62% der Erkrankten hatten eine solche Beschäftigung. Als Folge der akuten stellt sich chronische Oophoritis häufig ein. Unbestreitbar besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen gestörter Menstruation und Oophoritis. Verf. führt dem entsprechende Beispiele an, wo Erkältung, übermäßige Anstrengung, Coitus während der Regel Veranlassung zur Oophoritis waren. Bei Gonorrhoe und Retroflexio uteri ist die Erkrankung meist doppelseitig. Das Alterniren der Krankheit, Übergehen der Entzündung von einem Ovarium auf das andere, ist unter den Erkrankten verschiedene Male beobachtet worden. Bei einseitiger Erkrankung kann sich der Verf. der Ansicht, dass das linke häufiger erkranke, als das rechte Ovarium, nicht anschließen.

2) Symptomatologie.

Der Verf. fügt sehr häufig zur Erhärtung seiner Ansichten Entsprechendes aus den Krankengeschichten bei. Für diejenigen Fälle, welche im Anschluss an die Periode entstehen, kann die von vielen Autoren angegebene Suppressio mensium eben so gut fehlen, wie vorhanden sein, ja der Blutfluss kann verstärkt sein. Der Schmerz stellt sich häufig mit der plötzlichen Unterdrückung des Blutflusses nach außen ein, andere Mal erst später. Außer Blutung und Schmerz tritt als wichtiges Symptom Fieber auf, das auch da auftritt, wo es sich um reine Oophoritis ohne Perioophoritis handelt. Das Fieber kann sogar hoch sein, mit Frösteln eingeleitet. Nach einigen Tagen verschwindet es in der Regel. Zudem gesellen sich Druckschmerz im Abdomen, Dysurie und Schmerzen bei der Defäkation.

Anders in den Fällen, wo sich die entzündliche Veränderung des Eierstocks nach und nach vollzieht, wo die Frauen von den Symptomen der chronischen Oophoritis schleichend befallen werden, die in Schmerzen, Störungen der Enurese, der Defäkation, in charakteristischen Menstruationsanomalien, Störung des Allgemeinbefindens bestehen. Dazu kommen im späteren Verlaufe: nervöse Symptome, Hysterie, Sterilität. Der Schmerz ist entweder einseitig oder doppelseitig, je nach der einseitigen oder doppelseitigen Erkrankung. Bei frischer Erkrankung ist der Schmerz ein fixer, in die Fossa iliaca beschränkter, stechender. Verharrt hingegen die Entzündung schon lange im chronischen Stadium, so sind die Schmerzen weniger lokalisirt. Dysästhesien, Schwere und Völlegefühl in dem Becken wechseln mit zusammenziehenden, zupfenden Schmerzen im Abdomen ab. Der Schmerz hat oft große Neigung in Kreuz, Hüfte und Oberschenkel auszustrahlen. Außerdem bestehen öfter zusammenziehende Schmerzen im Scheideneingang und am After. Rasche Bewegungen (Treppensteigen) sind schmerzhaft. Als Menstruationsanomalien werden genannt: Im Beginn der Erkrankung: Anticipiren der Menses, Prolongation derselben, profuse Menorrhagien. Später Amenorrhoe (Sklerosirung der Ovarien?). Für die dysmenorrhoischen Beschwerden ist charakteristisch das Auftreten der Schmerzen einige Tage vor und Aufhören derselben mit dem Blutfluss. Als wichtiges und hier immer beobachtetes Symptom gelten die während der Regel auftretenden Temperatursteigerungen, wenn auch Temperaturschwankungen außerhalb der Regel nicht zur Regel gehören.

Von den Züricher Fällen gingen 6,9% in Abscedirung über.

3) Diagnose. Prognose. Therapie.

In der Streitfrage über die Untersuchungsmethode zur Erkennung der Ovarien kommt Verf. zu dem Schluss, dass meist die kombinirte Untersuchung von der Scheide und den Bauchdecken aus genügende Anhaltspunkte gebe, dass aber die Rectaluntersuchung in zweifelhaften Fällen immer ein sicheres Resultat liefere.

Der objektive Befund ergiebt folgende Anhaltspunkte: Vergrößerung, Senkung des Eierstocks und Annäherung desselben zur Mittellinie; die Oberfläche kann ganz glatt oder uneben sein. Die Konsistenz des Tumors ist meist weich, elastisch, aber nie fluktuirend, selten hart. Bei der ohne Perioophoritis komplicirten Eierstocksentzündung ist das Ovarium unabhängig vom Uterus beweglich. Bei Druck auf das entzündete, geschwellte Ovarium treten lebhafte lokalisirte Schmerzen auf.

In der Differentialdiagnose hält Verf. das bewegliche und fixirte Ovarium, seine Oophoritis und Perioophoritis aus einander und den oophoritischen Abscess. Es kommen ferner in Betracht solide Neubildungen des Ovarium: Fibroide, Sarkome, Carcinome. Ovarialtuberkulose ist jedenfalls schwer zu unterscheiden. Weiter wird auf die Möglichkeit einer Verwechslung aufmerksam gemacht mit: subperitonealen, gestielten Fibroiden, Uterus unicornis mit rudimentärem Nebenhorn, Tubentumoren, Cysten des Parovariums, vereiterte Ovarialcysten, Perityphlitis. Was die Prognose anbetrifft, so ist dieselbe quoad vitam gut (mit Ausnahme jener seltenen Fälle, wo ein Durchbruch eines oophoritischen Abscesses in die Bauchhöhle tödliche Peritonitis zur Folge hatte), quoad valetudinem spricht sich Verf. reservirt aus. Es kommt sehr auf das ätiologische Moment an.

Puncto prophylaktische Therapie verweist Verf. auf die Ätiologie der Krankheit. An hiesiger Klinik ist eine milde wenig energische Behandlung üblich. Ruhe einige Tage vor und während der Menstruation, Vermeidung anderweitiger Ursachen, die Blutanwallung zu den Genitalien verursachen: häufiger Coitus, aufregende Lektüre, Manipulation an den Genitalien, Unregelmäßigkeiten in der Stuhlentleerung. Verabreichung von Resorbentien innerlich. Kal. jodat. 4—180 mit Aq. menth. pip. 20,0, täglich 2—3 Esslöffel ist an hiesiger Klinik üblich und kann lange Zeit ohne Intoxikationsstörungen genommen werden.

Oophoritische Abscesse sollen und können in der Regel von der Vagina aus eröffnet werden. **Debrunner** (Frauenfeld, Schweiz).

## 5) Blanc (Lyon). Akutes Hydramnion.

(Nouv. arch. d'obstétr. et de gynécol. 1886. No. 3.)

B. theilt einen Fall von akutem Hydramnion mit, bei welchem die für die Krankheit charakteristischen Symptome vorhanden waren: Rapide Zunahme des Leibes, Schmerz, schwerer Allgemeinzustand, Erhöhung von Temperatur und Puls, Behinderung der Respiration. Es wurde künstliche Blasensprengung vorgenommen, worauf sich 4 Liter Flüssigkeit entleerten. Spontane Geburt eines 3000 g schweren Kindes in Steißlage; das Kind war macerirt und schien seit 14 Tagen abgestorben. Die Placenta war auffallend dick und groß, wog 1200 g. Heilung nach mehrwöchentlichem Fieber. **Skutsch** (Jena).

## 6) Tillaux (Paris). Vaginismus. — Harnröhrenscheidenfistel.

(Annal. de gynécol. 1886. April.)

Ein klinischer Vortrag, dessen erster Theil an einen Fall von Vaginismus anknüpft. Derselbe betrifft eine 18jährige Pat., welche seit 2 Jahren verheirathet ist und nie im Stande war zu kohabitiren. Die Vulva bietet keinerlei pathologische Veränderungen dar, das Hymen zeigt einige Einrisse, welche von einem erfolglosen Dilatationsversuch herrühren; die vor dem Hymen gelegenen Theile zeigen trichterförmige Einziehung in Folge der vergeblichen Kohabitationsversuche. T. unterscheidet 2 Formen von Vaginismus: 1) symptomatische, 2) essentielle Form. Der vorliegende Fall gehört zu der letzteren, zeigt keinerlei Verletzungen, welche die Ursache abgeben könnten. Er bespricht die verschiedenen Meinungen über die Ätiologie der Krankheit; Kontraktur des Sphincter kann nicht die Ursache sein,

denn die Dilatation hat keinen vollkommenen Heileffekt und es existirt keine Muskelretraktion, welche nach langem Bestehen einer Kontraktur eintreten müsste. Die Ursache ist vielmehr in einer Hyperästhesie der Vulva gelegen, die Kontraktur ist sekundär. Demgemäß muss die Therapie sich auch gegen die Hyperästhesie richten und darin bestehen, die zuführenden Nerven zu durchschneiden (Sims). Die durch forcirte Dilatation in einzelnen Fällen erzeugten Heilungen sind durch Dehnung der Nerven bedingt. — Es wird an der vorgestellten Pat. die Sims'sche Operation ausgeführt; bei der Entlassung nach 10 Tagen konnte ohne besonderen Schmerz die Einführung eines Fingers ertragen werden.

Der zweite Theil des Vortrages behandelt einen Fall von Harnröhren-Scheidenfistel. Die 30jährige Pat. hatte vor 3 Jahren die Fistel bei einer 4 Tage dauernden Geburt erworben. Mehrfache vergebliche Operationen waren bereits gemacht worden, die erste schon 6 Wochen nach der Geburt. T. hält es für vortheilhaft, nicht früher als 3 Monate nach der Geburt zu operiren. Die Pat. bot das bekannte Symptomenbild einer Harnröhren-Scheidenfistel dar. Die Operation war von Erfolg. Bei der Anfrischung wurde die Schleimhaut der Harnröhre intakt gelassen; die Suturen gingen nicht durch die Harnröhrenschleimhaut. **Skutsch** (Jena).

### 7) **Tissier.** Die Kastration des Weibes.

(Thèse, Paris 1885. Progr. méd. 1886. No. 8.)

Die Hegar-Battey'sche Operation hat in Frankreich relativ spät Eingang gefunden; sie wurde desshalb zuerst im Jahre 1880 von Duplay ausgeführt. Die vorliegende Schrift von T. ist die erste zusammenfassende, französische Arbeit über den Gegenstand.

Nach einer historischen Einleitung bespricht Verf. die Physiologie der Ovarien, insbesondere den Zusammenhang von Ovulation und Menstruation. Die Indikationen zur Operation werden folgendermaßen angeführt: 1) Kongestive Dysmenorrhoe (starke Metrorrhagien, besonders bei Myomen); T. stellt 171 Operationen mit 25 Todesfällen (14,6%) zusammen. 2) Mechanische Dysmenorrhoe (Atresien der Vagina, des Cervix etc.); unter 19 diesbezüglichen Operationen 3 Todesfälle. 3) Nervöse Dysmenorrhoe. Verworfen wird die Operation bei echter Hysterie, Geistesstörung, Nymphomanie etc. Die Operation soll nur ausgeführt werden, wenn das Klimakterium noch fern ist, nur nachdem alle anderen Behandlungsmethoden erfolglos gewesen sind, nur nach Mittheilung der Konsequenzen an die Pat. und mit ihrer Zustimmung. — Das operative Verfahren wird des Näheren besprochen; Mitnehmen der Tuben erhöht die Sicherheit des Erfolges. Die Operation von der Vagina aus kann zwar Vortheile bieten, die Regel bildet aber die Laparotomie. Die Incision soll wenigstens 8—9 cm betragen. **Skutsch** (Jena).

### 8) **Herrgott** (Nancy). Geburt bei engem Becken.

(Arch. de tocol. 1886. März 30.)

Es handelte sich um eine Ipara mit platt-rachitischem Becken (Conjug. vera knapp 8 cm). Während der außerordentlich verzögerten Eröffnungsperiode starb das Kind ab; wegen großer Erschöpfung der Kreißenden wurde Opium gereicht und hierdurch eine Ruhepause von 18 Stunden erzeugt. Hierauf trat sehr kräftige Wehenthätigkeit ein, welche vollkommene Eröffnung zur Folge hatte. Gleichzeitig bewirkten diese starken Wehen eine erhebliche Verkleinerung des Kopfes, indem die Suturen sich lösten und die Knochen sich weit über einander schoben; das linke Os parietale erwies sich als vollkommen gelöst (Autocephalotrypsie). Mit Forceps wurde schließlich das 3400 g schwere Kind leicht entwickelt. Blutung in der Nachgeburtsperiode. Erkrankung im Wochenbett. Heilung.

**Skutsch** (Jena).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 48.** **Sonnabend, den 27. November.** **1886.**



## I. Zur Frage des Kopfnickerhämatoms bei Neugeborenen.

Von

**Prof. Ferd. Petersen,**

Direktor der chirurgischen Poliklinik in Kiel.

In der Nummer 22 d. Bl. hat Herr Rennecke (Wismar) einen Artikel über das Hämatom des Kopfnickers veröffentlicht, in welchem derselbe wesentlich dieselben Ansichten vertritt, welche ich schon lange gehegt, und denen ich vor 2 Jahren in einer Arbeit »Caput obstipum (zur Ätiologie und Behandlung)« in Langenbeck's Archiv Bd. XXX, Heft 4 p. 781 ff. Ausdruck gegeben habe. Herr Rennecke ist aber im Irrthum, wenn er die Meinung ausspricht, dass der Kopfnicker nur zerreißen könne, wenn schwere Verletzungen des Knochen- und Bandapparates vorhergegangen seien. Isolirte Verletzungen des normalen Kopfnickers unter der Geburt sind durch die Sektion nachgewiesen (s. Ruge: »Über die Verletzungen der Kinder durch die Extraktion bei ursprünglicher oder durch Wendung herbeigeführter Beckenendlage«, in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten von Martin und Fasbender, Bd. I, p. 68 Stuttgart 1876), und am lebenden Kinde habe ich mehrfach ein Hämatom im Kopfnicker beobachtet, während dieser Muskel durchaus normal lang war, und auch nicht das geringste Zeichen auf eine Knochen- oder Bandverletzung hindeutete. Eine solche

habe ich überhaupt noch nie gesehen, obgleich ich ungefähr in jedem Semester in der Lage bin, in der Poliklinik meinen Zuhörern einen Fall von Kopfnickerhämatom demonstriren zu können. Dass eine Muskelverletzung bei Kindern relativ leicht vorkommt, liegt vermuthlich an dem Mangel an Bindegewebe, und dass die Zerrung durch Torsion zu Stande kommt, wie Herr Küstner meint, ist mir sehr wahrscheinlich.

Wenn sich nach einer künstlichen Entbindung ein Kopfnickerhämatom zeigt, so trägt der Geburtshelfer keineswegs nothwendig die Schuld. Ich habe das Hämatom nach vollständig normalen, ohne jede Kunsthilfe zu Stande gekommenen Geburten auftreten sehen, und zwar sowohl nach Kopfgeburten wie nach Steißgeburten.

Sicherlich richtig ist, dass eine Verletzung des Kopfnickers viel leichter zu Stande kommt, wenn dieser verkürzt ist, und dass ein Einriss des Muskels durchaus nicht zur Verkürzung führt, sondern im Gegentheil bei angeborenem Caput obstipum eine Myotomie überflüssig macht, wie ich das Alles in meiner erwähnten Arbeit, die Herr Kollege Rennecke nicht zu kennen scheint[1], des Weiteren dargethan habe.

Die Ätiologie der angeborenen Verkürzung des Kopfnickers ist noch keineswegs aufgeklärt. Dass bei Vorhandensein einer abnorm geringen Menge Fruchtwassers eine solche durch eine lange dauernde Annäherung der Ansatzpunkte bei dem stark wachsenden Fötus sich entwickeln kann, ist sehr wahrscheinlich, dass aber auch auf andere Weise die Verkürzung zu Stande kommen kann, beweist der Umstand, dass bei einer normalen, ja übernormalen Menge Fruchtwassers ebenfalls ein wirklich angeborenes Caput obstipum beobachtet wird. Ganz dasselbe gilt ja auch von den angeborenen Klumpfüßen.

---

## II. Über einen Übelstand bei manchen Fritsch-Bozemanschen Uteruskathetern.

Von

**Dr. F. Engelmann** in Kreuznach.

Vielen Kollegen wird der Uteruskatheter nach Fritsch wie mir unentbehrlich sein. Ich möchte desshalb auf einen Übelstand aufmerksam machen, welcher einzelnen dieser Instrumente anhaftet. Ich meine das hohle Ende des Katheters. Allerdings giebt Fritsch ausdrücklich an, dass das Ende solid gearbeitet sein soll, diese Vorschrift wird aber nicht allgemein befolgt, wie ich mich wiederholt überzeugen konnte. Es wird daher bei Anschaffung eines solchen Instrumentes darauf zu achten sein, denn es ist absolut unmöglich die hohle Spitze zu reinigen, sehr schwer dieselbe vollständig antiseptisch

[1] In einer freundlichen brieflichen Mittheilung, die mir erst nach Einsendung des Manuskripts zugegangen ist, bestätigt Herr Kollege R. diese Vermuthung. Die Annahme, dass vielen Lesern dieses Blattes meine Arbeit unbekannt geblieben, gab mir hauptsächlich Veranlassung zur vorstehenden kleinen Mittheilung.

zu machen. Überhaupt ist es ein Übelstand, der dem sonst so trefflichen Instrument anhaftet, auch wenn es richtig gearbeitet ist, dass es sich schwer rein halten lässt. Doch ist dem nicht abzuhelfen. Dass die gewöhnlichen Methoden der Desinficirung hier im Stich lassen, davon konnte ich mich durch wiederholte Versuche überzeugen. Fast regelmäßig sah ich bei Instrumenten, welche stundenlang in 5%iger Karbolsäurelösung oder 1‰iger Sublimatlösung lagen, noch einzelne oder mehrere Kolonien auftreten, wenn sie in Nährgelatine gebracht wurden. Und wie selten wird wohl in der Praxis in dieser ausgiebigen Weise desinficirt werden. Die Gefahr aber einer unvollständigen Desinfektion gerade bei diesem Instrumente liegt auf der Hand.

Ich habe daher schon seit längerer Zeit in der Weise verfahren, dass ich nach dem Gebrauche das Instrument gründlich reinige und dasselbe hierauf über der Spiritusflamme erhitze. Hierdurch werden alle Keime gründlich vernichtet und es genügt dann bei späterem Gebrauche ein kurzes Verweilen in einer desinficirenden Flüssigkeit, um das Instrument aseptisch zu erhalten, falls man nicht vorzieht, dasselbe nochmals vor dem Gebrauche zu erhitzen. Dass dieses Verfahren absolut sicher ist, davon habe ich mich durch eine Reihe von Kulturversuchen hinlänglich überzeugt. Zweifelsohne ist das Verfahren nicht neu und wird wohl von manchen Kollegen bereits geübt, dennoch halte ich eine Besprechung der Sache nicht für überflüssig.

---

## 1) **Sharp.** Behandlung der Asphyxia neonatorum.

(Med. record 1886. Juli 3. p. 10.)

## 2) **Roberts.** Behandlung der Asphyxia neonatorum.

(Ibid. Juli 31. p. 123.)

Beide Autoren beobachteten, dass asphyktische Neugeborene, bei welchen die gewöhnlichen Methoden der Wiederbelebung, einschließlich der Schultze'schen Schwingungen, vergeblich versucht waren, plötzlich zu athmen begannen, als sie dieselben an den Beinen hochhoben, den Kopf nach unten hängend. Die Verf. sind geneigt, der Blutzufuhr zum Gehirn in dieser Stellung die eingetretene Wirkung zuzuschreiben und fordern zur Nachahmung auf.

**Lühe** (Demmin).

---

## 3) **Davis.** Sind unsere geburtshilflichen Grundsätze unwissenschaftlich?

(Journ. of the amer. med. assoc. 1886. August 7. p. 155.)

Da wir kürzlich ein kurzes Referat über Hiram Corson's Aufsatz im New York. med. journ.: »Statistik von 3036 Geburtsfällen« brachten, ohne uns auf kritische Bemerkungen einzulassen, ist es uns eine angenehme Pflicht, zu konstatiren, dass hier ein energischer Protest gegen die in jenem Aufsatz aufgestellten, mit viel Selbstgefälligkeit vorgetragenen Anschauungen vorliegt. Derselbe ist um so

wichtiger, als er von dem Herausgeber des Journals ausgeht, welches κατ' ἐξοχήν die Americain medical association vertritt.

**Lühe** (Demmin).

---

### 4) **A. Stadfeldt** (Kopenhagen). Bericht aus der kgl. Entbindungs- und Findelanstalt Kopenhagens 1886.

Kopenhagen 1886.

Die Zahl der in der Anstalt und deren Filialen Aufgenommenen (das Jahr vom 1. April 1885 bis 31. März 1886 gerechnet) war 1554, 1524 Gebärende, in der Anstalt selbst 613, in den Filialen 911; dort wurden 65 operative Eingriffe notirt, in den Filialen 32 (von sämmtlichen Gebärenden waren 880 Primiparae). Die ganze puerperale Mortalität war 7 : 1524 = 4,6 pro Mille. (Auch die nach den Hospitälern Transportirten sind in diese Mortalität eingefasst.) Die puerperale Morbilität war 86 pro Mille. Die nicht puerperale Mortalität betraf 7 Fälle (4 akute Anämi, 2 Morb. Brightii, 1 Peritonitis localis ante part. orta), die gesammte Mortalität »im Kindbett« somit 14 : 1524, d. h. 9,2 pro Mille. Von den Neugeborenen in der Anstalt, den Filialen und im Findelhause starben 83 (in den ersten Tagen 32).

**Ingerslev** (Kopenhagen).

---

### 5) **T. More-Madden.** Zur sogenannten Laparotomieseuche.

(Dublin journ. of med. science 1886. Juli und August.)

Die Laparotomie, d. h. der Angriff gegen den Uterus und seine Anhänge von der Bauchseite her mit Einschluss der sog. normalen Ovariotomie (die eigentliche Ovariotomie ist jedem Streite entrückt) — jene Laparotomien also sind jetzt Modesache, oder besser, eine grassirende Seuche. Alle jene dunklen Beschwerden im weiblichen Bekken, die jetzt den Erkrankungen der Uterusadnexe zugeschoben werden, bürdete man früher mit genau demselben selbstbewussten Eifer den Lageveränderungen auf, noch früher den Entzündungen der Gebärmutter, noch früher dem Spleen etc. etc. L. Tait's beliebte Manier der explorativen Laparotomie (cut the Patient open and find out) und die unbestreitbare Thatsache, dass in letzterer Zeit immer häufiger Frauen die Ovarien exstirpirt würden, ohne sie vorher von den Folgen in ganzem Umfange zu unterrichten, das seien zwei der schönsten Blüthen, welche dieser Zweig der operativen ärztlichen Thätigkeit getrieben habe. Freudenthränen würde Malthus weinen, könnte er die eifrige Jüngerschaft begrüßen, die ihm in dem Heer der modernen, kastrirseligen Gynäkologen zuwachse.

Verf. scheint nach diesen Proben vielleicht nicht ohne Witz; ob er aber bei seiner erst so kurzen praktischen Erfahrung zu solchem Tone berechtigt ist, mag dahingestellt sein; keinesfalls ist es angängig, mit verächtlicher Abwehr der Forderung beweisenden Materials, diese Frage nur »auf allgemeiner, breiter Basis« abthun zu wollen. In wie weit er in seinen Erwägungen und Verurtheilungen bei

sich zu Hause oder anders wo Recht haben mag, ist am Ende hier nicht der Platz zu erörtern.

**Zeiss** (Erfurt).

6) **C. Ruge** (Berlin). Die Eihüllen des in der Geburt befindlichen Uterus. Bemerkungen über den Ort und die Art der Ernährung des Kindes in demselben.

(Aus Schröder's: »Der schwangere und kreißende Uterus«.)
Bonn, M. Cohen & Sohn, 1886.

R. untersuchte die Eihüllen eines Präparates, das von einem im Anfang der Geburtsthätigkeit befindlichen Weibe stammt, und kam vielfach zu Resultaten, die von denen der früheren Autoren erheblich abwichen.

Der I. Abschnitt handelt von der Ernährung des Fötus im Uterus und der Bedeutung des intervillösen Raumes als Sitz der Ernährungsquellen. Nach den älteren Anschauungen sind die intervillösen Räume mütterliche Gefäße mit mütterlichem Blute und fötalen Bildungen in ihnen (Einwachsen der Chorionzotten in mütterliche Blutgefäße). Nach den neueren Anschauungen enthält der intervillöse Raum mütterliches Blut, ohne von mütterlichen Gefäßen abzustammen, indem er von fötalen Wandungen begrenzt wird.

R. bekennt sich zu keiner der bisherigen Meinungen. Er fand zwar, wenn auch nicht überall und nicht gleichmäßig, Blut im intervillösen Raum, hält es jedoch nicht für mütterliches Blut, da er niemals beobachtete, dass hier wirklich mütterliche Gefäße sich öffnen. Dagegen konnte er nachweisen, dass oft die kindlichen Gefäße der Zotten zerreißen und ihr Blut in die Umgebung ergießen. In der Serotina verlaufen Gefäße, welche kindlichen Ursprungs sind und von der Nabelschnur her injicirt werden können.

In Betreff der Ansicht, dass die mütterlichen Serotinagefäße offen in die intervillösen Räume münden, das Blut zu- und abführen, und dass das placentare Randgefäß für den Abfluss des im Zwischenzottengebiete der Placenta fließenden Blutes diene, giebt zwar R. zu, dass man die Wand des Randgefäßes von Zotten durchbrochen und oftmals vom Randgefäß aus ein Blutgerinnsel in die Zwischenzottenräume oder in die subchorianen Lakunen hineingehend findet; er leugnet aber, trotz dieser unzweifelhaften Kommunikation zwischen mütterlichem Blutgefäß und Zwischenzottenraum, dass im intervillösen Raum eine regelmäßige, mütterliche Cirkulation statthabe; vielmehr handle es sich um Extravasate, um einen gewaltsamen Durchbruch an einer vielleicht schon vorher usurirten Stelle. Die Usur (Durchwachsung der Gefäßwand am Placentarand durch Zotten) bilde sich in der Schwangerschaft aus, die Ruptur (Extravasation in Folge starker Stauungen) entsteht erst während der Geburt. Die Möglichkeit, dass die entschieden große Flüssigkeitsmenge, die man theoretisch in den intervillösen Räumen annehmen muss, die ja auch Blut sein kann, durch usurirte Öffnungen in mütterliche Gefäßbahnen abfließt.

dass sogenannte Nothausgänge vorhanden sind, ist nicht zu bezweifeln. Es ist zwischen mütterlichem und kindlichem Gewebe ein überaus reger Verkehr anzunehmen, aber von einer geregelten Blutcirkulation, ohne welche die physiologische Ernährung des Kindes, der Stoffwechsel, hier nicht gedacht werden kann, ist nicht die Rede. R. hält nach alledem die Frage über Bedeutung der intervillösen Räume zum mindesten für eine offene.

Bezüglich der Cirkulationsverhältnisse in der Placenta, besonders in der Decidua serotina ergaben R.'s Untersuchungen ein auffallend weitgehendes Eindringen der kindlichen Gefäße in die Decidua serotina; es besteht zwischen Mutter und Kind dabei nicht allein ein Zusammenhang durch ein feines Kapillarsystem, sondern auch dicke, dickwandige Gefäße dringen in die Serotina ein, um nach Verlauf und Verästelung in derselben zum Kinde zurückzukehren. Vielleicht ist dieses Cirkulationsverhältnis nicht ohne Wichtigkeit für die Ernährungsfrage des Kindes. Die Decidua serotina hat demnach — nicht im Sinne eines Uterinmilchsekretionsorgans — für den Stoffwechsel eine größere Bedeutung, als bisher angenommen wurde: es giebt ein fötales Decidualgefäßsystem. Die intervillösen Räume sind wirklich fötale, keine mütterlichen Räume. Der kindliche Stoffwechsel beruht also auf Osmose mit decidualer Cirkulation (nicht mit intervillösem Kreislauf).

Im II. Abschnitt bespricht R. die Veränderungen, die durch die Kontraktionen des Uterus in der Struktur der Placenta, im Bau der Decidua und in der Uteruswand selbst entstehen. An dem Präparate ist ein retroplacentarer Bluterguss nicht vorhanden, wohl aber viel Blutaustretungen im intervillösen Raum. Mikroskopisch zeigt sich, dass die Verlaufsrichtung der Zotten, die mehr oder weniger vom Chorion aus in Bündeln gegen die Uterinfläche ausstrahlend verlaufen, eine völlig andere geworden ist; hier und da scheinen sich dieselben vollständig zu durchflechten. Blutaustritte zwischen die Chorionzotten, dieselben aus einander drängend, zum Theil im Zottenstroma selbst, kommen mehrfach vor. Die Zahl der an die Serotina sich anheftenden Zotten ist verringert; ein großer Theil ist abgerissen. Auch die Decidua serotina erleidet durch die Kontraktionen Veränderungen: ihre Oberfläche, vorher glatt oder nur wellig, wird stark hügelig, große Zacken und Spitzen springen ins Zottengewebe scheinbar hinein. Die Anordnung der Deciduazellen ist verschoben, die Zellenrichtung ist gegen die Spitze der Vorsprünge gerichtet. Die Gefäße der Decidua verschwinden zum Theil, sind dünner und weniger gefüllt. Die Decidua serotina sieht man in zwei Theile getrennt: die Decidua foetalis (an der Placenta haftender Theil) ist entsprechend den unregelmäßigen Vorsprüngen in ähnlich korrespondirender Linie von der Decidua serotina materna (an der Uteruswand haftender Theil) gelockert; zwischen beiden ist ein mehr oder weniger weiter Raum entstanden, der durch Gewebsmaschen gebildet ist, die ein lockeres, fein alveoläres Netzwerk bilden. Es scheint

dies die Folge einer mechanischen Auseinanderzerrung zu sein. Drüsenräume findet man durchaus nicht regelmäßig in dieser Lockerungsschicht, die Trennung ist nicht an präformirte Räume gebunden, sie geschieht an dem Punkte des geringeren Widerstandes. Diese Veränderungen können nur an der anhaftenden Placenta, nicht an der ausgestoßenen studirt werden. Der Schilderung der Eihäute bei normaler Schwangerschaft, so wie der noch völlig anhaftenden nach ausgestoßenem Kinde ist zu entnehmen, dass in letzterem Falle zwischen Chorion und Muskulatur ein größerer, mit großen alveolären Maschen versehener Raum, statt der oft nur wenige Zellen zählenden Schicht liegt, der theils durch Drüsenerweiterungen, theils durch erweiterte und ausgedehnte interstitielle Gewebslücken gebildet wird. Chorion und Decidua sind 10—20mal dicker, als im schwangeren Uterus.

Der III. Abschnitt enthält Bemerkungen über die Anheftung der kindlichen Zotten an das mütterliche Gewebe und über die Cirkulationsverhältnisse der Zotten und der Decidua (chorio-decidualer Kreislauf). Die Gefäße der Zotten liegen oft dicht unter dem Epithel, dasselbe auch bucklig hervorwölbend. Wie sie das Ernährungs- und Athmungsmaterial zum Kinde bringen und die Stoffe von demselben wieder zurück, ist noch unbekannt, eben so ob einfache Osmose oder Auswanderung corpusculärer Elemente stattfindet. Die Ernährungsvorgänge werden vielleicht durch folgende Befunde erklärt: In der ersten Zeit kommt einzig die einfache, mehr flächenhafte Anheftung der Zotten an die Oberfläche der Uterusschleimhaut vor (Agglutination nach v. Hoffmann). Dabei sind die rundlichen Enden der Zotten gegen das mütterliche Gewebe deutlich durch den Epithelsaum gekennzeichnet, in anderen Fällen aber kann die Grenze verschwunden sein und das choriale Gewebe tritt direkt mit dem mütterlichen in Berührung. Später kommt als zweite Art der Zottenverbindung mit der Decidua die knopfartige, tiefergehende, in die Zellenschicht der Decidua eindringende, vor (Haftzotten). Eine dritte Art der Verbindung besteht darin, dass die Zotten nach ihrem Einsenken in die Decidua einen horizontalen, der Oberfläche der Serotina fast parallelen Verlauf nehmen. Sie verlieren beim Eintritt ins mütterliche Gewebe ihr Epithel und verlaufen meist nur oberflächlich, so dass man an der Decidua eine oberflächliche choriale Lage unterscheiden kann; aber auch in die tieferen Lagen der Zellenschicht gehen sie herab. Dadurch, dass sie ihr Epithel verlieren, grenzen sie sich nicht immer deutlich vom umgebenden Gewebe ab, doch sind sie durch ihre kleinen stern- oder spindelförmigen Elemente, mit kleinen länglichen Kernen, leicht von den großen Deciduazellen zu unterscheiden. Wie erwähnt, stammen die oberflächlichen Gefäße in der Decidua in größter Ausdehnung vom Kinde. Über das Verhältnis von mütterlichen Gefäßen zu den in der Decidua befindlichen kindlichen vermag R. nichts Näheres zu sagen; er nimmt aber mütterliche Gefäße in den oberen Lagen der Decidua serotina

an. Man könne also nicht mehr von mütterlichen, heraufgehenden Arterien und herabgehenden Venen sprechen, da eine Verwechslung mit kindlichen Gefäßen möglich ist. Die Gefäße der 2. Kategorie der Zotten (Haftzotten) treten durch die Stämme mit den Zotten in die Decidua, und zwar größere und kleinere Gefäße. Ein wirklicher Übertritt auf mütterliches Gewebe ist vorhanden, wenn auch in geringer Ausdehnung. Bei der 3. Kategorie von Zotten (den decidualen) sind je nach Richtung und Verlauf der Zotten oberflächliche und tiefe Gefäßvertheilung zu unterscheiden. Neben Kapillargefäßen kommen auch größere Gefäße vor. Neben dem feinen, ganz oberflächlichen Kapillarsystem kommen an der Oberfläche größere Gefäße vor, die dicht unter der Oberfläche bucklig nach dem Zwischenzottengewebe vorspringen; oft scheidet nur eine dünne Zellenlage den Gefäßinhalt vom intervillösen Raum. Auch frei an der Oberfläche mündende Gefäße trifft man an; es entstehen hierdurch Bilder, die ganz denen gleichen, welche die Autoren als die wirklichen Beweise für die Einmündung der mütterlichen Gefäße in die intervillösen Räume beschrieben haben. Nicht selten findet sogar ein scheinbares Übergehen von Zottengefäßen des einen Stammes auf andere statt. Es findet also eine weit ausgedehntere Vaskularisation der Decidua serotina statt, als wie man sich den Zottengefäßverlauf vorher vorstellte; es giebt sogar eine Art Kollateralkreislauf im Zottengebiete. — Bei der ersten Kategorie von Zotten, die sich oberflächlich an die Decidua ansetzen (Agglutinationszotten) ist meist das Zottenepithel erhalten, die Cirkulation ist vorwiegend an die Zotten gebunden, doch senken sich zwischen dem Epithel hindurchgehend feine Kapillarschlingen ins unterliegende mütterliche Gewebe.

Der IV. Abschnitt bringt Bemerkungen über den Bau der Decidua vera und serotina. Die Decidua vera lässt in den ersten Monaten in ihrer ganzen Dicke Drüsen erkennen; eine Unterscheidung in eine Zellen- und Drüsenschicht ist im strengen Sinne des Wortes nicht richtig: Drüsen sind überall. Eben so ist eine Schichtung in klein- und großzellige obere, und spindelförmige tiefere Lagen nicht streng durchzuführen. Die Decidua vera gleicht, was die Drüsen anlangt, der entzündlich gewucherten Schleimhaut. Die Decidua serotina macht in den ersten Wochen fast denselben Eindruck, wie die vera, nur dass das Bild noch mehr dem einer entzündlichen Schleimhaut mit größeren Drüsenveränderungen und Erweiterungen gleicht; eine Scheidung in Zellen- und Drüsenschicht ist eben so wenig, wie bei Endometritis gerechtfertigt. Auch die Gefäße sind in den ersten Wochen nicht reichlicher oder größer, als in der Vera. Später sind die oberen Lagen mit weniger weiten Gefäßen, als die tieferen, versehen. Die Zotten haften sich einfach an die Oberfläche an; von einem Einwachsen in größere und sich vergrößernde mütterliche Gefäße ist nichts zu sehen. Die neueren Ansichten stimmen darin überein, dass es keinen intervillösen Kreislauf giebt, der in mütterlichen Gefäßen statthat; das mütterliche Blut cirkulirt in fötalen

Räumen. — In den späteren Monaten werden Decidua vera und serotina etwas dünner, die Drüsen schwinden in den oberen Theilen der Schleimhaut und das Bild von der Zellen- und ampullären Schicht der Decidua vera wird ein mehr mit den Präparaten übereinstimmendes. Untersucht man am schwangeren und nicht am frisch entbundenen Uterus, dann kann das Bild der Decidua ein verschiedenes sein, je nach dem Orte, dem das Präparat entstammt. Dicht am Rande der Placenta trifft man die geschilderten Schichten, an anderen Stellen ist nichts davon zu sehen. Die Decidua vera ist in den letzten Monaten fast verschwunden, Schichtungen von kompakter und spongiöser Substanz sind nicht zu erkennen. Die Decidua serotina der späteren Monate ist stark mit Zotten besetzt, enthält namentlich in ihren oberen Schichten, die von den Autoren fast für gefäßlos gehalten werden, kindliche Gefäße; man kann eine oberflächliche choriale Schicht annehmen. Drüsenräume zumal mit Epithelien sind sehr selten, eine spongiöse Schicht ist nicht zu sehen; natürlich spricht dies nicht gegen das Vorhandensein von Drüsen. Die Oberfläche der Decidua serotina trägt an einzelnen Stellen einen kontinuirlichen Epithelsaum, der dem der Zotten völlig gleicht. Entstanden ist er in der Weise, dass sich der Überzug von den großen Zottenstämmen (zum Theil von den Haftzotten) auf das deciduale Gewebe fortsetzt oder oft vom Epithelsaum der Zotten selbst Wucherungen ausgegangen sind, die vielleicht jedes Mal nur ein kleines Terrain um die Zotte einnehmen. Wiederum sind große Strecken der Oberfläche frei von jedem Belag. Bekanntlich ist auch ein Endothelüberzug des Deciduagewebes nach der fötalen Seite hin gesehen worden, ja selbst die Chorionzotten sind nach einigen Autoren mit einem Endothelüberzug über dem Chorionepithelsaum bedeckt. — Muskelfasern reichen nicht in die Serotina; die Zellen des intermuskulären Bindegewebes verwandeln sich nur, ohne zur Schleimhaut zu gehören, ebenfalls in große, den Deciduazellen ähnliche Elemente.

**Wiener** (Breslau).

---

# Kasuistik.

7) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

**120. Sitzung am 7. Oktober 1886.**

Vorsitzender: Herr Leopold, Schriftführer: Herr Marschner.

Herr Dr. v. Campe, nach Hannover übergesiedelt, erklärt schriftlich seinen Austritt aus der Gesellschaft.

Angemeldet zur Aufnahme: Herr Dr. Findeisen, Plauen bei Dresden.

I. Herr Löhmann: Erfahrungen über den Soxhlet'schen Sterilisirungsapparat der Kindermilch mit Demonstration desselben.

Redner schließt sich auf Grund der von ihm im kgl. Entbindungsinstitut gemachten Beobachtungen der Ansicht an, dass die Überlegenheit der Frauenmilch über die Kuhmilch als Nahrung im Säuglingsalter die Folge ist weniger von der verschiedenartigen Zusammensetzung beider Milchsorten, welche sich zum Theil wenigstens ausgleichen lässt durch passende Verdünnung der Kuhmilch und Zucker-

zusatz zu derselben, als von den hochgradigen Verunreinigungen, welche die Kuhmilch erleidet; zu diesen sind zu rechnen nicht nur die absichtlichen Verfälschungen, sondern auch die unbeabsichtigt der Milch beigemengten fremden Bestandtheile, nämlich Schmutz und mit ihm die Gährungserreger, welche eine das kindliche Gedeihen sehr schädigende Rolle spielen müssen. Er setzt aus einander, wie schwer die Kuhmilch bis zu dem Augenblicke, wo sie dem kindlichen Organismus zugeführt wird, im bakteriologischen Sinne rein zu erhalten ist und schildert die groben Verstöße, welche in dieser Beziehung selbst in intelligenteren Familien gemacht werden. Er demonstrirt den von Soxhlet zur Sterilisirung der Milch konstruirten Apparat, welcher vor anderen ähnlichen den Vorzug hat, dass die Milch nicht nur steril gemacht wird, sondern auch steril bleibt bis zu dem Augenblicke, in welchem das Kind dieselbe genießt.

Die Erfahrungen, welche seit Anfang Juli dieses Jahres, seitdem der Apparat zur Ernährung der Säuglinge, die Mutterbrust nicht erhalten können, ausschließlich verwandt wird, mit dem Apparat gemacht wurden, sind sehr gute und sprechen sehr zu Gunsten desselben. Die Kinder trinken diese Milch nicht nur sehr gern, sondern leiden auch ganz auffallend weniger an Durchfall als solche Kinder, welche früher mit verdünnter Kuhmilch ernährt wurden. In Folge dessen sind auch die Gewichtszunahmen dieser Kinder entschieden bessere.

Bedingung in der Handhabung des Apparates ist natürlich die größte Reinlichkeit, die Abkochung der Milch, Verstöpselung und Aufbewahrung der Flaschen muss nur in einer Hand liegen und auch bei der Verabreichung der Flaschen an die Kinder muss sorgfältige Kontrolle stattfinden, dass fremde Bestandtheile nicht in die Milch mehr gelangen. — Eine ausführliche Darlegung der Resultate bleibt vorbehalten.

In der Diskussion bespricht Herr Förster den Übelstand, dass beim Kochen der verstöpselten Flaschen nicht selten der Gummipfropfen herausgeschleudert wird. Redner hat dies nie beobachtet.

Herr Korn bemerkt, dass dies verhütet werden könne, wenn erst 10 Minuten nach Aufkochen der Milch die Flaschen verkorkt werden.

Herr Hübler hält für eine wichtige Forderung bei künstlicher Ernährung, dass die Milch zum Trinken immer gleich warm gereicht werde, sie soll daher mittels Thermometers gemessen werden. Dann würden auch ohne Soxhlet die Resultate befriedigendere sein, wie die Zubereitung der Milch mittels des Berthelen'schen Kochapparates beweise; freilich sei dieser Apparat schwer zu reinigen.

Herr Leopold macht darauf aufmerksam, dass, wenn Messungen der Temperatur der zu verabreichenden Milch vorgenommen werden sollen, dieselben nicht in dem Gefäß selbst, sondern in dem die Flasche umgebenden Wasserbade zu geschehen habe, um jede nachträgliche Verunreinigung der Milch auszuschließen. Gerade auf die Bemerkung des Redners legt er Gewicht, dass die guten Resultate bei der Methode von Soxhlet ganz wesentlich davon abhängig sind, dass die Handhabung des Apparates in nur einer Hand liegt.

Herr Schramm führt an, dass die Milch trotz längeren Erhitzens auf 100° und trotz größter Reinlichkeit doch in manchen Fällen von den Kindern nicht vertragen würde, dass es also an der Zubereitung nicht allein liegen könne.

Herr Förster ist daher der Ansicht, dass man bei solchen Erfahrungen immer darauf zurückkommen müsse, ob die Milch von mit Trockenfütterung oder mit Schlempe ernährten Kühen herstamme, eine Unterscheidung, auf welche Soxhlet selbst in Bezug auf die Sterilisirung nach seiner Methode keinen besonderen Werth legt.

II. Herr Michael demonstrirt

a) Präparate von Sektionen neugeborener Kinder stammend:

1) Osteochondritis syphilitica.

2) Harnsäureinfarkte in den Nieren eines Fötus von 33 cm Länge und 860 g Gewicht, welcher erst nach 42 Stunden gestorben war.

3) Doppelseitige Hydronephrose geringen Grades von einem perforirten Kinde.

Die Affektion ist bedingt durch Faltenbildung in der Schleimhaut beider Ureteren, wodurch der Abfluss des Urins erschwert war.

b) Präparate durch Laparotomie gewonnen:

1) Große glanduläre Ovarialcyste, entfernt von Herrn Marschner.

2) Dermoidkystom.

3) Mannskopfgroßes Myom des Ligamentum latum, dem das Ovarium als kleiner Appendix breit aufsitzt. Letztere beide mit günstigem Erfolg operirt von Herrn Leopold.

III. Herr Leopold demonstrirt und bespricht drei durch die Salpingotomie gewonnene Präparate.

1) Wehner, Nullipara, 23 Jahr, Dienstmädchen, erkrankte vor mehreren Jahren, 3 Tage nach dem ersten Coitus, an gelblichem scharfen Ausfluss und Unterleibsschmerzen. Letztere steigerten sich allmählich so, dass Pat. arbeitsunfähig wurde und dringend verlangte, auf irgend eine operative Weise, da sonst Alles versucht war, geheilt zu werden.

Die Untersuchung ergab: Chronische eitrige Endometritis, doppelseitige chronische Oophoritis und Salpingitis.

4. Oktober 1886: Kastration und Salpingotomie per laparotomiam. Sehr schwere Operation wegen starker Verlöthungen; um Platz und Einblick in die Tiefe zu verschaffen, mussten die Därme herausgezogen und in ein mit erwärmter Sublimatlösung (1 : 10 000) getauchtes Handtuch eingewickelt werden. Drainage. Verlauf fieberlos. Schmerzen lassen sofort nach. Erster Menstruationstermin verläuft ohne jede Beschwerde. Pat. erholt sich zusehends und steht nach drei Wochen auf.

2) Gregor, 36jährige Schuhmachersfrau, 1877 von einem ausgetragenen Mädchen entbunden; vor einem Jahre an Unterleibsentzündung 1/4 Jahr lang ärztlich behandelt.

Seit Februar 1886 fortwährend hochgradige Schmerzen im Unterleib, welche sich auf keine andere Behandlungsweise bessern.

Diagnose: Descensus uteri, Retroflexio uteri. Endometritis chronica. Tuben und Ovarien beiderseits zu fest verlötheten schmerzhaften Knollen entartet.

5. Oktober: Kastration und Salpingotomie per vaginam.

Ausgiebiger Schnitt im hinteren Scheidengewölbe, der breit den Douglas öffnete. Die Ablösung und Entfernung der stark verlötheten Adnexe war äußerst schwierig und wurden diese kleinen Tumoren nur in einzelnen Stücken theils mit dem Finger, theils mit zangenartigen Instrumenten losgelöst, erfasst und herausgezogen, der Douglas nicht vernäht, sondern wie bei der Uterusexstirpation durch Jodoformgazestreifen drainirt. Verlauf fieberlos. Pat. 8. November geheilt entlassen.

3) Richter, Schlossersfrau, 29 Jahr alt. Am 30. August erkrankte Pat. unter wehenartigen Unterleibsschmerzen, angeblich nach einer Sondirung des Uterus.

Befund: Uterus normal, nur sehr empfindlich; eben so die Adnexe, welche beträchtlich verdickt sind und fluktuiren. Links ein Konglomerat von Hühnereigröße, rechts ein Tumor von Pflaumengröße. In Narkose die hydropischen Tuben und Ovarien von dem Ligamentum ovarii aus gut abzutasten.

7. Oktober: Salpingotomie und Kastration per laparotomiam. Äußerst schwierige Operation wegen starker Verwachsungen mit dem Darm und dem Processus vermiformis. Beide Tumoren in toto entfernt. Drainage. Verlauf fieberlos. Pat. am 8. November geheilt entlassen.

In allen drei Fällen ist die Tubenaffektion mit größter Wahrscheinlichkeit auf Gonorrhoe zurückzuführen.

Bei allen Präparaten findet sich die von Kaltenbach als »Arbeitshypertrophie der Muscularis« geschilderte Verdickung der Tubenwand.

Betreffs der zu bevorzugenden Operationsmethode ist Herr Leopold der Meinung, dass hierüber zur Zeit noch kein endgültiges Urtheil gefällt werden könne. Bei der Verschiedenheit der einzelnen Fälle würde bald die Entfernung von oben her, bald von der Scheide aus leichter zum Ziele führen.

In letzterem Falle und bei schwieriger Entwicklung der hydropischen Tuben

hält er es für gut, das Collum möglichst weit zu umschneiden und nach der Ablösung von der Blase weit herabzuziehen, so dass Platz für die Einführung von 2—3 Fingern in den Douglas geschaffen wird. Eventuell ist das Durchschneiden des in manchen Fällen stark gespannten Dammes von Vortheil.

---

## 8) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu St. Petersburg.

4. Sitzung am 7. Oktober 1886.

Rjasenzeff demonstrirte eine Kranke, an welcher er den 25. Juni 1886 die von Alexander veröffentlichte Operation, eine Abkürzung runder Mutterbänder, ausgeführt hat. — Die 40jährige Pat., Multipara, litt, nachdem sie sich vor 8 Monaten verhoben hatte, an Gebärmuttervorfall. Der Uterus ist vergrößert; die Messung mit der Sonde ergab eine Länge von 11,5 cm, in retroflexione, leicht reponirbar, die Pessarien werden in der höchst welken Vagina weder fixirt noch zurückgehalten, bestehender alter Dammriss. Die Pat. leidet ferner an chronischen Lungenspitzenkatarrh. Jedes der runden Mutterbänder wurde durch die Operation um 11 cm verkürzt. Durch den betreffenden Fall, auch andere ihm analoge, so wie durch das Studium der Operation an Leichen, ist der Ref. zu der Überzeugung gekommen, dass man vermittels dieser Operation sämmtliche Deviationen der Gebärmutter (Retroflexio, Retroversio, Prolapsus) heilen kann, wobei sie in ihrer neuen Lage den normalen Beweglichkeitsgrad nicht einbüßt. Würde man aber vermittels dieser Operation kein völlig günstiges Resultat erzielen, so wird der Zustand der Kranken in so fern gebessert, dass man bei ihnen wenigstens die Pessarien in Anwendung zu bringen im Stande ist. Die Operation ist in Fällen kontraindicirt, in denen der Uterus nicht redressirt werden kann, auch bei bestehenden entzündlichen Processen in deren nächster Umgebung. Leider nicht immer sind die runden Mutterbänder dehnbar, und sogar nicht einmal immer ausfindig zu machen.

Prof. Lebedeff erwiederte dem Ref., indem er meinte, dass die betreffende Operation nur in solchen Fällen der Uterusvorfälle anwendbar ist, in denen die kausale Indikation erfüllt wird, d. h. bei den primären Gebärmuttervorfällen, deren Entstehung die Relaxation des Uterinalbandapparates zu Grunde liegt. In dem vorliegenden Falle aber folgte der Gebärmuttervorfall erst dem Vaginalvorfall nach, was eben die bestehende Hypertrophie des supravaginalen Theils des Uterus beweist. Da durch die Operation von Alexander das ätiologische Moment im betreffenden Falle des Prolapses nicht beseitigt wurde, konnte also nur ein vorübergehend günstiges Resultat erreicht werden. Die Zeitdauer von $2^1/_2$ Monaten post operationem ist eine viel zu geringe, um eben der Dauerhaftigkeit des Erfolges sicher zu sein.

Prof. Lazarewitsch theilte der Gesellschaft mit, dass er bei der Untersuchung der betreffenden Kranken in horizontaler Lage, bei ihr den Uterus in anteflexione gefunden und derselbe von normaler Größe und Beweglichkeit gewesen; nichtsdestoweniger äußerte er Zweifel in Bezug auf die Dauer des Erfolges, indem derselbe durch prolongirten ruhigen Verbleib der Kranken im Bette ebenfalls erreicht werden kann. Den betreffenden Fall hält er für ungeeignet, auf eine eventuelle Ausführung der Alexander'schen Operation, da die allgemeine Erschöpfung der Pat., Schlaffheit und Dünnheit ihrer Bauchdecken, vorhin gewesene Retroflexio et Prolapsus uteri ihn auf den Gedanken führen, dass in dem betreffenden Falle die runden Mutterbänder sehr dünn und welk sein müssen, so dass sogar eine bedeutende Abkürzung derselben nicht im Stande ist, den Uterus an die Vorderwand des Beckens zu fixiren.

Sutugin stellt den Nutzen der Operation nicht in Abrede, insbesondere bei Prolapsen, die unter dem Einflusse der Retroversio uteri entstanden sind, befürchtet aber den Folgezustand einer Operation, nämlich die Entstehung einer Disposition zu Inguinalbrüchen.

Rjasenzeff erwiederte darauf, dass vom anatomischen Standpunkte betrachtet, die vorerwähnte Befürchtung unbestreitbar ist, nichtsdestoweniger aber von den in der Litteratur bekannten 165 Operationsfällen nur in zweien das Entstehen der Brüche post operationem klinisch konstatirt wurde.

Schabotinski referirte einen Fall eines von ihm beseitigten Uterinalpolypen mittels einer elastischen Ligatur. Die 49jährige Pat. litt 3 Jahre lang an Blutungen aus den Genitalien, welche sie sehr anämisch machten. Bei der Untersuchung ist im kleinen Becken eine sphärische Geschwulst von der Größe eines Kindskopfes aufgefunden worden, die an der vorderen Wand des Uterus ihren Befestigungsort hatte und mit ihrem voluminösesten Theile, den Muttermund passirend, in die Vagina zu liegen gekommen ist. — Um die Basis der aus dem Uterus hervorgestreckten Geschwulst wurde eine elastische Ligatur angelegt und über ihr die Geschwulst amputirt (das Gewicht der entfernten Geschwulst = 263 g). Der im Diameter 6 cm dicke Amputationsstumpf sammt angelegter Ligatur blieb in der Vagina zurück. Die Operation war unter der Beobachtung strengster antiseptischer Regeln ausgeführt worden. Ausgenommen des 3. Tages post operationem, an welchem 2 Frostanfälle stattfanden und die Temperatur bis auf 40° C. gestiegen war, war der Verlauf fieberlos. Der Amputationsstumpf löste sich am 33. Tage ab, entzündliche Komplikationen sind keine gewesen, was Schabotinski der Anwendung strenger Antisepsis zuschreibt, das Verdienst der Operation selbst verschweigend.

Prof. Lebedeff war sehr über die alte, von sämmtlichen Ärzten verlassene Operationsart erstaunt, wobei ein großes Stück zur selbständigen Abstoßung zurückgelassen wurde. Hier wurden vom Professor einige gegenwärtig gebräuchliche Operationsverfahren und Methoden angeführt, beispielsweise die galvanokaustische Schlinge und andere. Seiner Meinung nach konnte eine derartig ausgeführte Operation nur unter den dringendsten und für den Arzt fatalsten Verhältnissen stattfinden, und nur möglich in der fernsten Provinz, wo dem Arzte außer den unentbehrlichsten Instrumenten auch die Assistenz fehlt. Die Anlegung einer Ligatur in solchen Fällen würde Prof. Lebedeff nur zulassen, um während der Operation in ähnlichen Fällen einer Blutung vorzubeugen.

Prof. Lazarewitsch hatte hinzugefügt, dass bei derartigem Operationsverfahren in längstvergangenen Zeiten mitunter ein günstiger Ausgang, ohne Anwendung jeglicher Antisepsis zu Tage getreten sei. In der Gegenwart aber kennt man bei Weitem bessere Operationsmethoden, wobei er den von ihm konstruirten Konstriktor nach Art eines Drahtekraseurs demonstrirte, in welchem zur Abquetschung der Geschwulst eine stählerne Klaviersaite dient. **J. Smolsky.**

---

9) **Fritz Brunner.** Über die Exstirpation des Uterus von der Scheide aus.

Inaug.-Diss., Zürich, 1883.

Die Exstirpation der kranken Gebärmutter ist keine neue Operation, Soranus erwähnt sie schon. Der eigentliche Gründer der vaginalen Uterusexstirpation wegen Carcinom ist Sauter in Konstanz (1822). Später kam die Operation, namentlich durch Dieffenbach in Misskredit. Unzweifelhaft gebührt Czerny das Verdienst, diese Operation aus dem Staube hervorgehoben zu haben (1878).

Verf. kommt nun auf die Berechtigung und die Indikationen dieser Operation zu sprechen. Eine Berechtigung, den einfach prolabirten Uterus zu exstirpiren weist Verf. zurück. Es wird nach den Fällen von Czerny, Martin und den eigenen die Lebensdauer der Operirten von der Erkrankung an mit der mittleren Lebensdauer (16—17 Monate nach Lebert und West) verglichen und gefunden, dass das Leben durch die Operation nicht verlängert wird. Verf. hält dafür, dass die Operation auszuschließen sei, sobald man überzeugt ist, dass nicht alles Krankhafte entfernt werden kann (entgegen Mikulicz), was zutrifft bei starker Infiltration der Scheide, Infiltration der Parametrien, der Drüsen, der Nachbarorgane (Ureteren, Rectum, Blase). Ferner ist die Operation kontraindicirt bei Fixation des Uterus, da man nie sicher sein kann, ob die Fixation nicht durch die Neubildung bedingt ist, zumal die Operation durch Fixation des Uterus in hohem Grade erschwert ist. Die Freund'sche Operation soll immer, wo es möglich ist, durch die Kolpohysterektomie ersetzt werden. Auch bei isolirtem Krebs des Körpers will Verf. die Péan'sche supravaginale Amputation durch die vaginale Ex-

stirpation ersetzt wissen, in so fern die räumlichen Verhältnisse des Körpers zum Becken dieselbe gestatten. Verf. geht nun näher auf die Technik der Operation ein, wie sie von Prof. Frankenhäuser geübt wird und sich im Allgemeinen an das Verfahren von Czerny und Billroth anschließt. Das Hauptaugenmerk ist vor der Operation auf gehörige Desinfektion der Scheide zu legen. Zwei bis drei Tage vor der Operation werden öftere Chlorwasserausspülungen gemacht. Weiche Krebsmassen werden ausgelöffelt und die Scheide mit 5%igem Karbolwasser desinficirt. Unter der Operation häufiges Berieseln des Operationsfeldes. Wenn immer möglich soll der Uterus mit einer Museux'schen Zange gegen den Scheidenausgang dislocirt werden. Bei morschem Gewebe und vorausgegangener Amputation gelingt dies jedoch nicht immer. In dem letzteren Falle erleichterte sich Prof. Frankenhäuser die Ablösung des Uterus von der Blase und das Umstürzen dadurch, dass er nach Erweiterung der Urethra den Zeigefinger in die Blase führte. Es folgt die Umschneidung der Vaginalportion, die mindestens 1 cm außerhalb der Erkrankung zu machen ist. Die Blase wird stumpf (mit dem Finger oder einem Skalpellstiele) vom Cervix abgelöst, wobei man sich immer an denselben zu halten hat. Nach der Ablösung des hinteren Scheidengewölbes, löst Prof. Frankenhäuser durch einfache Umstechung die Parametrien möglichst weit hinauf ab, weil die Umstürzung des Uterus bei einem möglichst freien Cervix leichter gelingt und die Massenligaturen besser angelegt werden können. Es folgt die Eröffnung des Douglas (in einem Falle floss ascitische Flüssigkeit ab) und Umstürzung des Uterus nach hinten, die Prof. Frankenhäuser für leichter hält als diejenige nach vorn. Einrisse in die Blase bei Umstürzung nach hinten (Mikulicz) können immer vermieden werden, wenn die Blase genügend hoch abgelöst wird, worauf Prof. Frankenhäuser besondere Sorgfalt verwendet. Zur Umkippung benutzt Prof. Frankenhäuser, wenn man mit dem einfachen bimanuellen Handgriff nicht auskommt, scharfe Haken oder starke gefensterte Zangen, wie er sie für die Fibroidenukleationen verwendet. Nun werden in 2—3 Portionen die Lig. lata zuerst auf der einen, dann auf der anderen Seite abgebunden und dieselben successive uterinwärts vor jeder Ligatur durchschnitten. Diese Ligaturen müssen fest liegen, da zufällige Blutungen aus den sich retrahirenden Stümpfen schwer zu stillen sind. Gesunde Ovarien werden nur dann mitgenommen, wenn sie sich bequem herabziehen lassen. Unter 62 Operationen wurden beide Ovarien 9mal, nur eines 6mal entfernt. Die Blutung bei der Operation ist im Ganzen gering, sie stammt meistens aus den Lig. lata. Isolirte Unterbindungen nach den Massenligaturen sind öfters nothwendig. Das Vorfallen von Darmschlingen ist verhältnismäßig nicht häufig (5mal unter 70 Fällen; Olshausen, Czerny, Kraußhold, Helferich, Frankenhäuser je 1 Fall), davon starb nur 1 Fall. Collapserscheinungen ohne großen Blutverlust sind öfters beobachtet. Verf. geht auf die Kritik der Wundbehandlung ein. Exakte Naht des Peritoneum, Drainage, Offenlassen der Wunde ohne Drain. Eine Tabelle veranschaulicht die Mortalitätsverhältnisse bei den verschiedenen Wundbehandlungen. Am schlechtesten sind die Verhältnisse bei der exakten Vereinigung des Peritoneum, am günstigsten bei dem Offenlassen des Peritonealraumes ohne Drainage mit oder ohne Jodoformbestreuung. Frankenhäuser empfiehlt die Wunde einfach offen zu lassen, da Olshausen einen Fall an Jodoformvergiftung verlor. Verf. bespricht die Nachbehandlung, führt 4 unvollendete Operationen aus der Litteratur an (2 Martin, 1 Weinlechner, 1 Anderson) und giebt eine Zusammenstellung der aus der Litteratur bekannten Nebenverletzungen. 9 Fälle betreffen die Blase, 2 den Mastdarm und 2 die Ureteren. Bis Februar 1883 stellt Verf. 146 Fälle dieser Operation zusammen mit 48 Todesfällen = 32,9%. Die Operationen wegen Prolapsus uteri sind nicht eingerechnet. Die Resultate wurden von Jahr zu Jahr besser: 1879, 50%; 1880, 41%; 1881, 29%; 1882 mit 15 Fällen 0% Mortalität. Als Todesursache ist hauptsächlich notirt: Septische Peritonitis 19mal, Anämie oder septische Peritonitis 9mal, Collaps 5mal, Blutung 4mal. Es folgt noch eine Zusammenstellung der publicirten Angaben über Auftreten von Recidiven. Von 57 genauer beschriebenen Fällen starben 17. Von den 40 Überlebenden ist nur 23mal etwas über Recidive bemerkt und zwar trat dies auf in 17 Fällen in den Monaten 1—9. Verf. fand cirka 6 Fälle von über 15 Monate Dauer der Recidiv-

losigkeit. Es folgen die 9 Krankengeschichten der von Prof. Frankenhäuser ausgeführten Operationen mit 6 Heilungen und 3 Todesfällen, sämmtliche an Peritonitis und ein Fall von Kappeler mit Heilung. Recidive traten auf nach 1 Monat 1 Fall, 2 Monaten 2 Fälle, 3 Monaten 1 Fall, 7 Monaten 1 Fall. Bei dem Fall von Kappeler war nach 4 Monaten kein Recidiv zu konstatiren. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass sich diese Operation wegen der fast regelmäßig früh auftretenden Recidive als eine erfolgreiche einführen wird.

**Debrunner** (Frauenfeld, Schweiz).

### 10) **Jeannel** (Montpellier). Anwendung von Cocain bei Geburten.

(Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynécol. 1886. No. 4.)

J. hat in 6 Geburtsfällen das Cocain in Anwendung gezogen und theilt in vorliegender Arbeit seine dabei gemachten Erfahrungen mit. In seinem ersten Fall war gar keine Verminderung der Schmerzen zu konstatiren; diesen Misserfolg schreibt J. der Art der Anwendung zu; er benutzte nämlich das Cocain in Salbenform und das gebrauchte Vaseline war mit Sublimat versetzt, wodurch die Wirkung des Cocain aufgehoben worden sein soll. In den folgenden Fällen verwandte er eine wässrige Lösung von 5%, mit welcher in die Vagina einzuführende Wattetampons getränkt wurden. Im 2. und 3. Fall wurde das Cocain von Beginn der Geburt an benutzt, die Schmerzen waren gering; doch sind diese Fälle nicht beweisend, da vielleicht auch ohne Cocain keine besonderen Schmerzen geäußert worden wären. Sicher erfolgreich war jedoch die Anwendung in den 3 folgenden Fällen, welche sehr sensible Frauen betrafen; bei diesen wurde das Cocain erst angewendet, nachdem die Geburt bereits Fortschritte gemacht hatte und die Schmerzen sich als sehr bedeutend herausgestellt hatten; der Effekt war ein durchaus befriedigender; 1/4 Stunde nach Beginn der Appliation (mehrere Tampons wurden in Intervallen von je 3 Minuten eingeführt), waren die Schmerzen erheblich vermindert. Die Austreibung des Kindes erfolgte rasch. **Skutsch** (Jena).

### 11) **James Hewetson** (Reigate). Mittheilungen über einen Fall von Gesichtslage mit besonderer Haltung des Kindes.

(Edinb. med. journ. 1885.)

Der Fall ist — obgleich nicht ante partum untersucht wurde — nach Ansicht H.'s eine primäre Gesichtslage gewesen; der Kopf hatte, auch nach dem Blasensprung, noch lange über dem Beckeneingang gestanden, das Gesicht schon vorliegend, als an ein Aufgehaltenwerden des Hinterhauptes noch nicht zu denken war; Dolichocephalie und Beckenverengung waren nicht vorhanden; die Hyperextension des Kopfes bestand noch mehrere Tage post partum fort.

Als plausibelste Ursachen nimmt H. in seinem Fall eine spasmodische Zusammenziehung der Nackenmuskeln und eine Anschwellung der Thyroidea.

Die Haltung des Kindes war in so fern von Interesse und von Einfluss auf den Geburtsverlauf, als die Arme auf dem Nacken lagen, Ellbogen an einander, Hände auf dem Sacrum. Nach dem Austritt des Kopfes blieb weitere Drehung des Körpers aus; Schultern traten vollkommen quer durch den Ausgang. Das zuerst nach rechts hinten stehende Kinn dreht sich im Axistraktionforceps nach vorn. Verf. gratulirt sich, dass er hier mit der Zange entbunden hat; Wendung wäre vielleicht, bei Haltung der Arme, für das Kind verhängnisvoll geworden.

**Zeiss** (Erfurt).

### 12) **William Thorburn** (Manchester). Während der Geburt erworbene Lähmung.

(Med. chronicle 1886. März.)

Es handelt sich um eine vollständige Lähmung des linken Armes, die gleich nach der durch Zange beendeten Geburt an dem Kinde bemerkt worden war. Zu-

gleich bestand auf dem linken Auge leichte Ptosis und Kontraktion der gut reagirenden Pupille.

Das Kind kam 3 Monate alt zur Beobachtung und wurde etwa 4 Mon behandelt. Der Effekt der Elektrotherapie war sowohl, was die ganz gesch Beweglichkeit, als was die sehr herabgesetzte Sensibilität (so weit sich L bei dem Säugling feststellen ließ) anbetraf, ziemlich gleich Null. Die A hatte sogar nachweisbar zugenommen.

Über die Einzelheiten bei der Entbindung konnte leider nichts Genaue erfragt werden, als dass es eine sehr leichte Zange gewesen und das Kind keine Verletzung erlitten habe. Die 3 früher von der Frau geborenen waren alle vollkommen gesund, die Geburten, wie die letzte ebenfalls, alle lich langwierig gewesen und hatten Kunsthilfe erfordert.

In der Besprechung des Wesens dieser Affektion werden bisher beschri Fälle von Danyau, Guéniot, Duchenne und Seeligmüller beigezogen letzteren 2. Fall (Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1877 Bd. XX) stimme genau mit mitgetheilten überein. Verf. kommt zum Schlusse — die Einzelheiten mitzutl ist hier nicht der Ort —, dass es sich hier um eine Lähmung des letzten Cer und ersten Dorsalnerven handelte und zwar oberhalb der zum Sympathicu gehenden Rami communicantes; die Verletzung soll nicht durch Druck, son durch Zerreißung der Nerven in Folge Hyperextension des Schultergelenks standen sein.

Schließlich wird die Diagnose gegenüber den Erscheinungen bei Fraktur Luxation, bei spinaler und cerebraler Lähmung kurz besprochen. *Die Progn* ist stets betreffs der Sensibilität besser als für die Muskelthätigkeit; viel h von sofortigem Einsetzen einer geeigneten Therapie, unmittelbar post *partum*, Dieselbe unterscheidet sich nicht von der bei anderen peripheren Lähmungen.

**Zeiss** (Erfurt).

### 13) **Battlehner** (Karlsruhe). Über Puerperalfieber und geburtshilflich Statistik in Baden im Jahre 1884.

(Ärztliche Mittheilungen aus Baden 1886. No. 5.)

Im Jahre 1884 kamen auf 54996 Geburten 425 (1883: 321) Fälle von Puerper fieber. Es erkrankten also 0,7 %. Von diesen starben 236 (1883: 194) = 0,4 %. Die Todesfälle sind also von 3,5% auf 4% gestiegen. In den meisten Orten blie es bei einem Todesfall, es kommen aber auch Gruppenerkrankungen vor (2—4 Fälle). Bloß in einem Orte des Amtes Heidelberg kam eine Epidemie zur Beobachtung 6 Wöchnerinnen starben schnell hinter einander an einem perniciösen Puerperal fieber.

Die Hebammen müssen strenger von den Ärzten kontrollirt werden. Desshalb sind in Baden neue Verordnungen getroffen worden. Die Anzeige soll *sobald als* möglich vom Arzte gemacht werden.

Beobachtet wurden auf 100 Fälle: 0,62 Nabelschnurvorfall (53% todte Kinder), 0,32 fehlerhafter Sitz der Placenta (14,8% todte Mütter, 34,8% todte Kinder), 0,12 Eklampsie (21% todte Mütter), 0,02 Rupturen (90,9% todte Mütter), 0,08 künstliche Frühgeburten (2,2% todte Mütter, 17,7% todte Kinder), 3,0 Zangen (1,5% todte Mütter, 60,8% todte Kinder), 0,12 Wendungen auf den Kopf (2,7% todte Mütter, 20,8% todte Kinder), 1,5 Wendungen auf die Füße (3,5% todte Mütter, 36,2% todte Kinder), 1,4 Extraktionen bei Beckenendlagen (1,7% todte Mütter, 23,5% todte Kinder), 0,09 Perforation (16,6% todte Mütter), 0,01 Embryotomie (2,9% todte Mütter), 2,37 Nachgeburtsoperationen (2,9% todte Mütter).

Die Sectio caesarea wurde an Lebenden 2mal (1mal die Mutter gerettet), an Todten 2mal (1mal das Kind gerettet) ausgeführt.

**Heilbrun** (Kassel).

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

**Zehnter Jahrgang.**

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 49.** **Sonnabend, den 4. December.** **1886.**




## Zur Frage über die Leitung der Nachgeburtsperiode.


Von

**Andreas Fischer,**

I. Assistent der geburtsh.-gynäkol. Klinik von Prof. K. Slavjansky in St. Petersburg.


Von 1880 an, als Dohrn zum ersten Male die Anregung zu einer Kritik der Expressionsmethode von Credé gab, ist in der periodischen Presse viel über die zweckmäßigste Leitung der Nachgeburtszeit geschrieben worden; nicht weniger wurde über diese Frage in verschiedenen Gesellschaften und in ärztlichen Zusammenkünften verhandelt. Viele streitige Punkte dieser Frage wurden dabei geklärt, einige neue entstanden im Laufe dieser lebhaften Polemik.

Die Folge der Debatten war, dass eine Reihe der kompetentesten Vertreter unseres Faches der bereits bewährten Expressionsmethode treu blieben, wobei viele unter ihnen, und vor Allen Credé selbst, genügend bewiesen haben, dass die meisten dieser Methode zugeschriebenen Mängel nicht aus der Methode selbst, sondern nur aus einer regelwidrigen Anwendung derselben ausfließend zu betrachten sind. Andererseits aber zeigte eine Anzahl nicht weniger sachkundiger Beobachter, dass man auch bei vollständig exspektativem Verhalten in der Nachgeburtsperiode ganz zufriedenstellende Resultate erzielen kann.

Um diese Frage zu einer endgültigen Entscheidung zu bringen, waren vergleichende, unter sonst ganz gleichen Verhältnissen angestellte Beobachtungen über die beiden genannten Methoden vonnöthen. Solche Beobachtungen sind, meines Wissens nach, nur von Dohrn[1], Stadfeldt[2] und Roemer[3] veröffent-

[1] Deutsche med. Wochenschrift 1883. No. 39.

[2] Centralblatt für Gynäkologie 1884. No. 37. p. 580.

[3] Archiv für Gynäkologie 1886. Bd. XXVIII, 2. p. 296—313.

licht worden, wobei übrigens eine gewisse Anzahl der von den zwei Ersteren angeführten Fälle nicht in Betracht kommen können, da sie, zum Theil wenigstens, noch aus einer Zeit stammen, wo es mit der Antisepsis nicht streng genug genommen wurde.

In Anbetracht einer so ungenügenden Zahl parallel durchgeführter Beobachtungen erlaube ich mir auch die meinigen mitzutheilen, welche sich auf einen Zeitraum von 2 Jahren erstrecken und ein Material von 682 Geburtsfällen umfassen, wovon 189 nach den Vorschriften Ahlfeld's[4] und 493 nach Credé's Methode in der letzten Geburtsperiode behandelt wurden.

Um möglichst kurz zu sein, will ich die wichtigsten Resultate meiner Beobachtungen, die einen Werth bei der Kritik beider Methoden haben können, in folgender Tabelle zusammenstellen:

| | | Credé | Ahlfeld |
|---|---|---|---|
| Manuelle Entfernung der Nachgeburt | in | 1,6% | 3,2%[5] |
| Eihautretention | » | 5,6% | 7,3% |
| Nachblutungen | » | 5 % | 13 % |
| Fieberhaftes Wochenbett[6] | » | 38,3% | 46,4% |
| Puerperale Morbidität | » | 5, % | 9, % |
| Puerperale Mortalität | » | 0, % | 0,5% |

Was die Dauer der Nachgeburtszeit bei beiden Methoden anbelangt, so kann dieselbe in folgenden Procentzahlen ausgedrückt werden:

| | 0—15 Min. | 16—30 Min. | 31—60 Min. | 1—1½ St. | 1½—2 St. |
|---|---|---|---|---|---|
| Credé | 89% | 9% | 2% | — | — |
| Ahlfeld | 30% | 29% | 28% | 10% | 3% |

Der Durchschnittsblutverlust in der Nachgeburtsperiode, wobei alle operative Geburten und Fälle atonischer Blutungen ausgeschlossen sind, betrug bei Credé's Handgriff 208 g, bei der Ahlfeld'schen Methode 313 g.

Die Rückbildung des Uterus im Wochenbette nach Anwendung beider Methoden lässt sich, in einer für unsere Zwecke ganz genügenden Weise folgendermaßen graphisch darstellen: (s. Tabelle auf nächster Seite).

(Die erste sich allmählich senkende Kurve veranschaulicht den Höhestand des Gebärmuttergrundes über der Symphyse, entsprechend den ersten sieben Tagen des Wochenbettes, nach der Anwendung der Ahlfeld'schen Methode, wobei kein Secale corn. nach der Geburt gegeben wurde; die zweite Kurve — nach derselben Methode, aber mit Darreichung von Secale (53 Fälle); die dritte (punktirt) — nach Credé's Handgriff mit Secale.

Die Nachtheile der abwartenden Methode sind aus dem oben Gesagten klar und lassen sich alle zu einer ungenügenden tonischen Retraktion der Gebärmutter zurückführen; der retroplacentare Bluterguss scheint, seinerseits lange nicht die wichtige und mechanisch nützliche Rolle zu spielen, die ihm einige Autoren zuschreiben, wenigstens — wenn er sich in dem Übermaße bildet, wie wir es beim Ausbleiben der Uterusmassage beobachten.

Die praktische Schlussfolgerung, die ich mir erlaube zu machen, ist folgende:

Credé's Verfahren entspricht, seinem Grundsatze nach, vollkommen dem

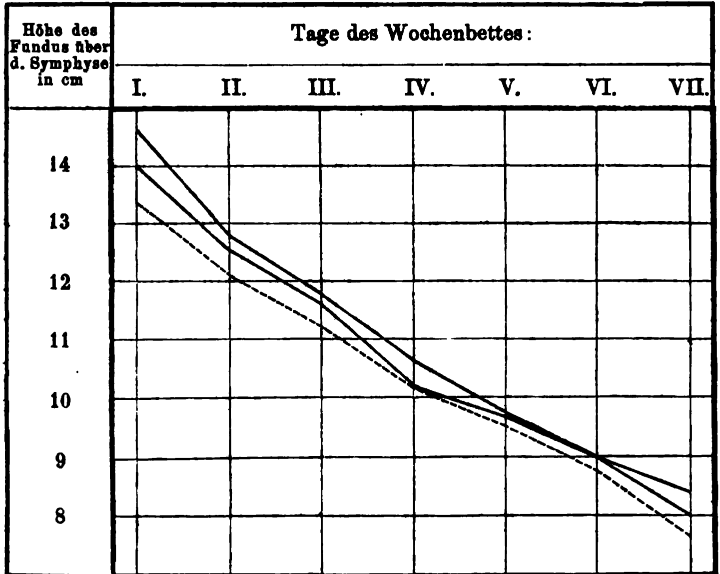
---

[4] Berichte u. Arbeit. a. d. geburtsh.-gynäk. Klinik zu Gießen 1881/82. p. 84.

[5] Außer diesen (6) Fällen der manuellen Entfernung der Nachgeburt, musste letztere in weiteren 23 Fällen (12%) nach Credé (Massage, Expression) entfernt werden; von den übrigen 160 Fällen wurde in 130 die Nachgeburt spontan ausgestoßen und in 30 Fällen Druck mit der flachen Hand auf den Fundus uteri ausgeübt (Ahlfeld, l. c. p. 74 u. 84).

[6] Als »fieberhaft« habe ich jedes Wochenbett notirt, wo auch nur eine einzige Temperatursteigerung über 38° C. vorkam, wobei ich darauf aufmerksam machen muss, dass die Temperatur bei allen Wöchnerinnen dreimal täglich gemessen wurde, was im Vergleiche zu einer zweimaligen Messung die Procentzahl der »fiebernden« Wöchnerinnen wenigstens auf 7% steigert, wovon mich meine eigenen Beobachtungen überzeugten.

physiologischen Vorgange bei der Lösung und Ausscheidung der Nachgeburt, denn es bestrebt sich, nur den natürlichen austreibenden Kräften, den Uteruskontraktionen — durch Massage, der Bauchpresse — durch Expression Beihilfe zu leisten. Andererseits, genügt es allen praktischen Anforderungen, sowohl durch seine gänzliche Gefahrlosigkeit, leichte Anwendungsweise und Promptheit, als auch durch die in allen Hinsichten zufriedenstellenden Resultate, die bei dessen Anwendung, im Vergleich mit der abwartenden Methode, erzielt werden. Was aber




die regelwidrige und rohe Anwendung des Handgriffs anbetrifft, besonders seitens der Hebammen, so ist dieses keine Ursache, das Verfahren zu verwerfen, sondern im Gegentheil — nur ein desto größerer Beweggrund die Studirenden und Hebammenschülerinnen während ihres Lehrkursus mit dieser durchaus nicht schwierigen, aber in gewissen Fällen unschätzbare Dienste leistenden Manipulation ganz vertraut zu machen, so dass dieselbe nicht nur jedem praktischen Arzte, sondern auch jeder Hebamme ein gewohnter und gut eingelernter Handgriff werde.

---

## 1) **Robert Barnes.** Vorlesungen über geburtshilfliche Operationen. 4. Aufl.

London, **J. & A. Churchill,** 1886.

Von dem bekannten Werke des Londoner Gynäkologen liegt die 4. Auflage vor, ein Beweis der Beliebtheit des Buches. Wenig englische Ärzte in den verschiedenen Welttheilen wird es geben, in deren Händen sich dasselbe nicht befindet, denen dasselbe nicht in schwierigen Lagen ein treuer Berather gewesen ist. Auf Grund einer ungewöhnlich reichen Erfahrung, so wie ausgedehnter Kenntnis der gesammten Fachlitteratur mit großer Frische und Anschaulichkeit geschrieben, ist es eine Zierde der englischen medicinischen Litteratur, ein Standard work, wie die Engländer sagen.

Einen Missstand nur muss Ref. hervorheben, und leider einen recht bedeutenden. Von der Nothwendigkeit strenger Antisepsis

scheint der Verf. nicht durchdrungen. In einem Buche, welches für den Studenten wie für den jungen Praktiker geschrieben ist, sollte immer und immer wieder auf die Wichtigkeit derselben hingewiesen werden — und hier finden wir hier und da nur Andeutungen davon, dass der Verf. überhaupt Antisepsis kennt, so wird bei Aufzählung der Arzneien, die der Geburtshelfer mit sich führen soll, das Sublimat erwähnt und Vaselin, da Öl, Fett etc. als unrein streng zu vermeiden seien; ferner bei Porro's Operation heißt es, dass die allgemeinen Regeln der antiseptischen Chirurgie zu beobachten seien, und ähnlich an zwei oder drei weiteren Stellen. Das kann doch keineswegs genügen. Weiter wird dem deutschen Leser auffallen, dass B. so geringes Gewicht auf eine genaue Beckenmessung legt. Wenn irgend ein Verdacht auf enges Becken besteht, so giebt er den Rath, zu chloroformiren und mit der Hand in die Scheide einzugehen.

Der umfangreiche Stoff ist in Form von Vorlesungen verarbeitet, hierdurch hat die Darstellung an Frische und Anschaulichkeit gewonnen, vielfache Wiederholungen ließen sich aber in Folge dessen nicht umgehen.

Es ist an dieser Stelle nicht möglich, näher auf den Inhalt des Buches einzugehen, doch möchte es nicht ohne Interesse sein, die Ansichten des Verf. über manche noch strittige Fragen kennen zu lernen.

In der Frage, ob Forceps oder Wendung bei hochgradig verengtem Becken, spricht er sich entschieden für letztere aus, da der Kopf der Frucht zweifellos leichter mit der Basis nach vorn den Beckenkanal passirt. Daher ist bei jeder Verengerung der Conjugata unter 3,25 Zoll die Wendung vorzunehmen und dieselbe selbst bei hochgradiger Enge zu versuchen, wo sonst Craniotomie in Frage kommen würde, da es manchmal gelingt, selbst unter solchen Verhältnissen ein lebendes Kind zu erzielen und im Falle des Misslingens immer noch Craniotomie übrig bleibt, die am nachfolgenden Kopf nicht schwieriger auszuführen als am vorliegenden.

Sehr eingehend und mit besonderer Liebe gearbeitet ist das Kapitel über Uterusruptur, mit zahlreichen lehrreichen Fällen illustrirt. Was die Behandlung betrifft, so ist auch hier jede Erwähnung strengster Antisepsis, so wie der Drainage leider zu vermissen.

Bei nachfolgendem Kopfe ist, falls das Becken nicht geräumig und der Muttermund vollständig erweitert, die Zange das Beste.

Bei dem Kaiserschnitt werden die alten Methoden eingehend abgehandelt, von den neueren Modifikationen wird nichts erwähnt, Porro kurz beschrieben, ohne dass ein Urtheil über letzteren abgegeben wird.

Der Behandlung des Abortus ist ein ausführliches Kapitel gewidmet. Der Finger genügt zur Entfernung des Eies, Zangen und andere Instrumente sind überflüssig. Tamponade der Scheide ist unwissenschaftlich und meist illusorisch, an ihrer Stelle ist, wenn nothwendig, der Cervikalkanal zu tamponiren.

Bei Placenta praevia empfiehlt B. folgende Behandlung. Punktion der Membran, feste Binde um den Leib, Laminaria in den Cervikalkanal. Macht die Geburt keine Fortschritte, so ist die Placenta vom unteren Uterussegment zu trennen und die hydrostatischen Dilatatoren des Verf.s einzulegen.

Ist Veranlassung, die Geburt zu beschleunigen, bipolare Wendung und sehr langsame Extraktion. Neuere Methoden finden keine Erwähnung.

Heiße Injektionen werden den kalten bei Blutungen bei Weitem vorgezogen. In extremen Fällen sind Injektionen von Liquor ferri geboten, wenn ihre Gefahr auch nicht geleugnet wird.

**Engelmann** (Kreuznach).

---

2) **Charles May.** Handbuch der Frauenkrankheiten. Eine kurze, systematische Auseinandersetzung der Theorie und Praxis der Gynäkologie.

Philadelphia, **Lea Brothers & Co.,** 1885.

Das Buch ist wesentlich eine Kompilation aus den bekannten englischen und deutschen Werken und macht auch nicht den Anspruch, mehr zu sein. Es sollte nach Ansicht des Verf. dem Studenten, so wie dem beschäftigten Praktiker als Nachschlagebuch dienen. Diesen Zweck wird es wohl erreichen. **Engelmann** (Kreuznach).

---

3) **Henry G. Landis.** Die Behandlung der Geburt und des Wochenbettes. Ein Führer für den jungen Arzt.

Philadelphia, **Lea Brothers & Co.,** 1885.

Der Verf. hat seine Absicht, dem jungen Arzt ein Buch in die Hand zu geben, in welchem er rasch im gegebenen Moment das Nothwendige findet, wohl erreicht. So weit sich Ref. beim Durchblättern überzeugen konnte, ist nichts Wesentliches vergessen; die Rathschläge sind bewährt und der Weg, den er anräth, viel gegangen und sicher. Auf Einzelnes kann hier nicht eingegangen werden.

**Engelmann** (Kreuznach).

---

4) **Lawson Tait** (Birmingham). Die Behandlung der Erkrankungen der Ovarien nebst einer Studie über einige neue Fortschritte der Abdominal- und Beckenchirurgie. (Exstirpation der Uterusadnexa, Cholecystotomie, Hepatotomie etc.) (Franz. Übersetzung von Olivier Pain.)

Paris, **Octave Doin,** 1886.

In dem von O. Pain ins Französische übertragenen, von Terrillon mit einem Vorwort versehenen Werk zeigt sich Lawson Tait auf jeder Seite als erfahrenen Diagnostiker und eminenten Chirurgen. Dabei zieht ein polemisirender Ton durch das ganze Buch, welcher sich richtet einmal gegen die allzu beschränkte Indikationsstellung für Laparotomien, — T. setzt auch an Stelle der Explorativpunktion

die Explorativlaparotomie, — andererseits gegen die Anwendung der Antisepsis bei denselben. In dem ersten Punkt wird er wohl die deutschen Gynäkologen auf seiner Seite haben, in dem letzteren aber auf allgemeinen Widerstand stoßen.

Auch in manchen anderen Punkten hat er von den übrigen Autoren abweichende Ansichten oder stellt ganz neue Hypothesen auf. So z. B. ist der Scharlach nach ihm eine sehr häufige Veranlassung zu einem Stehenbleiben der Genitalien auf einer frühen Stufe der Entwicklung, zu Oophoritis mit nachfolgender Verödung der Ovarien, und letztere wieder die Ursache der Hyperinvolution des Uterus. Dabei betont er die besondere Geneigtheit des linken Ovarium zu Erkrankungen als bedingt durch die klappenlose V. spermatica sin., die hierdurch leicht Stauungshyperämien veranlasst.

Die Bildung der Ovarialkystome leitet Verf. aus Graaf'schen Follikeln her, in denen sich keine Eier gebildet haben, und lässt die Kystome durch Umwandlung des Follikelepithels zu Stande kommen. Die Dermoide entstehen nach ihm während des fötalen oder infantilen Lebens aus einem Ei — eine Art Parthenogenesis. Auch beschreibt T. ein gutartiges Papillom des Ovarium, bei dem nach der Ovariotomie die im Douglas vorhanden gewesenen massenhaften papillären Wucherungen später vollständig schwanden.

Bei Tubarsäcken kommt es zum Verschluss nach dem Uterus hin durch Zugrundegehen des Epithels und nachträgliche Verwachsung.

Unter den berichteten Operationsfällen von Tubarsäcken ist besonders einer erwähnenswerth, welcher ohne Störung verlief, trotzdem beide Säcke platzten und ihren eiterigen Inhalt in die Bauchhöhle entleerten. Dieser Fall schließt sich somit an einen früher bereits von Gusserow mitgetheilten an. Für nicht zu entfernende Säcke empfiehlt er die Eröffnung, Vernähung mit der Bauchwunde und Drainage.

Die Befruchtung lässt Verf. in der Regel im Uterus zu Stande kommen. Jede Extra-uterin-Schwangerschaft ist nach ihm ursprünglich eine Tubarschwangerschaft. Mit großer Ausführlichkeit behandelt er die Schwierigkeiten, welche sich in diesen Fällen der Diagnose entgegenstellen können und empfiehlt für alle Fälle die Laparotomie und Drainage zur allmählichen Elimination der Placenta.

Besonders radikal geht T. in der Frage des Zusammenhanges zwischen Ovulation und Menstruation vor. Es sind nach ihm zwei ganz von einander unabhängige Vorgänge. Hierfür führt er an:

1) das Reifen und die Ausstoßung von Eiern lange vor der Pubertät und lange nach der Menopause,

2) das Reifen von Graaf'schen Follikeln zwischen 2 Menstruationsperioden,

3) das Fehlen von reifen Graaf'schen Follikeln während der Menstruation (2 und 3 bei Laparotomien von ihm beobachtet).

Dagegen glaubt T., dass die Tuben sehr eng unter demselben

Einfluss stehen, welcher die menstruelle Ausscheidung bedingt, dass dieser Einfluss vielleicht von ihnen selbst ausgeht. Gründe hierfür:

1) die im Verhältnis zu den anderen Beckenorganen viel bedeutendere Veränderung der Tuben in der Pubertät,

2) die auffällige Veränderung während der Menstruation (Fixation der Fimbrien an die Ovarien, Anfüllung der Tube mit Blut),

3) die rapide Volumsabnahme und Aufhören der Bewegung nach Aufhören der Menstruation, während die senile Atrophie des Ovarium viel langsamer vor sich geht,

4) das sofortige Aufhören der Menstruation nach Exstirpation von Tuben und Ovarien (bei Exstirpation der Ovarien allein kann sie noch monatelang andauern).

ad 2. Der von ihm die »funktionelle Bewegung der Tuben« genannten Fixation der Fimbrien legt Verf. solche Bedeutung bei, dass er in Fällen, wo sie nicht zu Stande kommt, sei es durch mangelnde Bewegung der Tube selbst, sei es durch kongenitale Dislokation der Tuben oder zu kurzes Infundibulum, Sterilität als Folge davon ansieht.

Was die Eintheilung des ganzen Buches anbelangt, so behandelt Verf. im 1. Kapitel die Anatomie und Physiologie, in den 3 folgenden die Erkrankungen der Ovarien und Tuben, im 5. die Ovariotomie und im 6. die Entfernung der Uterusadnexe nebst Bericht über die seit Jan. 1884 operirten Fälle (kein Todesfall), die Hepatotomie und Cholecystotomie. Zum Schluss empfiehlt er für Beckeneiterungen die Laparotomie und Drainage. Da Verf. sich nicht streng an dies Eintheilungsprincip hält, so leidet das Buch an einer gewissen Unübersichtlichkeit, doch wird man hierfür entschädigt durch zahlreiche instruktive, präcis gefasste Krankenberichte, so wie die originelle, in Manchem von dem Hergebrachten so abweichende Auffassung physiologischer und pathologischer Vorgänge von Seiten des Verf.s. 58 gute Illustrationen vervollständigen das lesenswerthe Werk.

**Dührssen** (Berlin).

---

### 5) **Hasse** (Breslau). Über die Bewegungen des Zwerchfells und über den Einfluss deselben auf die Unterleibsorgane.

(Sep.-Abdr. Archiv für Anatomie und Physiologie 1886.)

Nach zahlreichen Untersuchungen, die Verf. an Leichen angestellt hat, kommt er zu folgenden eigenen Resultaten:

Die Zusammenziehung der Zwerchfellfasern hat eine Abflachung der Zwerchfellkuppeln und damit ein Niedergehen derselben zur Folge; allein auch das Centrum tendineum bewegt sich nach abwärts und flacht sich durch allseitigen Zug der Muskelfasern an der Peripherie desselben ab. Das Niedergehen der Zwerchfellkuppel ist aber selbst bei tiefer Athmung immer bedeutender, als das des Centrum.

Die Zusammenziehung der Zwerchfellfasern bedingt, wie nament-

lich auch Duchenne ausgeführt hat, eine Erweiterung der unteren Brustöffnung durch Hebung der Rippen und Hebung des Brustbeines.

Jede Zusammenziehung der Zwerchfellfasern hat eine Entfernung derselben von den Brustbeinwänden und damit eine Erweiterung der Komplementarräume der Pleurasäcke zur Folge, desto mehr, je stärker die gleichzeitige Hebung des Brustkorbes.

Das Niedergehen des Zwerchfells steigert den normal vorhandenen, positiven, intraabdominellen Druck, das Aufwärtsgehen erniedrigt denselben, jedoch nicht bis auf Null.

Die Formveränderungen, welche bei dem Abwärtsgehen des Zwerchfells auftreten, haben eine entsprechende Formänderung der dem Zwerchfell anliegenden Eingeweide, der Leber, des Magens und der Milz zur Folge. Die Leber ist sonach kein starres, steifes, sondern unter normalen Verhältnissen in seiner Form veränderliches Organ.

Durch die Zusammenziehung des Zwerchfells werden die Strömungswiderstände des Blutes in Leber und Milz überwunden und die Durchströmung erfolgt desto leichter, je ausgiebiger die Athembewegung.

Die Bewegungen des Zwerchfells sind ferner wesentlich für den Abfluss der Galle und befördern die Weiterbewegung des Inhaltes des Magens und der Gedärme desto mehr, je ausgiebiger dieselben erfolgen.

**Heilbrun** (Kassel).

---

6) **More-Madden.** Verlagerung der Ovarien.

(Lancet 1886. Februar 27.)

Verf. spricht über Verlagerung der Ovarien. Ovarialhernien seien entweder inguinale oder femorale, die entweder direkt in der Regio inguinalis oder femoralis sich zeigen oder entsprechend dem schrägen Verlauf des Inguinalkanals eine schräge Richtung haben. Häufiger sind die Dislokationen der Ovarien in den Douglas'schen Raum, speciell des linken Ovarium. Ovarialhernien haben in vielen Fällen starke Muskelanstrengungen zur Ursache, sie sind häufiger bei Mehrgebärenden, deren Bauchwandungen erschlafft sind. Die Dislokationen der Ovarien in den Douglas hinein seien meist die Folge der vis a tergo, der Verschiebung durch Tumoren oder den dislocirten Uterus. Die Symptome seien subjektiv Schmerzen, objektiv der Nachweis eines ovoiden Körpers von etwa Walnussgröße, bei Ausschluss von geschwollenen Drüsen oder Darm. Die Schmerzen steigern sich besonders zur Zeit der Menstruation. Von therapeutischen Maßnahmen wird zunächst die Reposition des dislocirten Organs empfohlen. Lässt sich eine Reposition nicht dauernd erzielen, dann soll eine lokale Behandlung gegen etwaige Entzündungserscheinungen eingeleitet werden und sind die Schmerzen zu lindern. Als Ultima ratio schlägt Verf. die Entfernung des Organs vor.

**Dirvelius** (Berlin).

---

# Kasuistik.

## 7) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 22. Oktober 1886.

Vorsitzender: Herr Löhlein. Schriftführer: A. Martin.

Der Vorsitzende gedenkt zunächst des unlängst verstorbenen Herrn Geheimen Sanitätsrath Erbkam, der einer der Stifter der Gesellschaft gewesen und erst sehr spät aus Gesundheitsrücksichten ausgeschieden ist. Die Gesellschaft ehrt sein Andenken in der üblichen Weise.

Die Namen der zur Aufnahme vorgeschlagenen Ärzte werden verlesen.

I. Demonstrationen von Präparaten etc.

a) Herr Paul Ruge stellt eine Pat. vor, bei der er vor $1^1/_2$ Jahren unter großen Schwierigkeiten den Uterus wegen Carcinom entfernt hatte. Es handelte sich um ein Cervikalcarcinom, das gleichzeitig neben einem von ihm völlig unabhängigen Carcinom des Corpus uteri bestand. Herr Paul Ruge hatte drainirt. Die Narbe im Scheidengewölbe bildet eine einfache, ca. $2^1/_2$—3 cm lange lineäre Narbe. Die Pat. ist bis jetzt recidivfrei.

b) Derselbe legt einen durch die vaginale Exstirpation gewonnenen Uterus vor, der ein reines Portiocarcinom ohne jegliche Betheiligung des Cervix enthält. Der zerfallene, ziemlich große Knoten sitzt in der vorderen Lippe.

c) Derselbe demonstrirt einen mehr als faustgroßen Tumor der Tube (Hydrops), den er unter gütiger Assistenz von A. Martin durch die Laparotomie gewann.

d) Herr J. Hofmeier zeigt die Genitalien einer Pat., welche an Verblutung aus einer rechtsseitigen Eileiterschwangerschaft innerhalb 18 Stunden zu Grunde gegangen ist.

Meine Herren! Viel lieber wäre es mir, wenn Kollege Veit Ihnen dies Präparat zeigte und also seine schönen Erfahrungen über operative Behandlung der Tubarschwangerschaft durch einen neuen geheilten Fall bereichert hätte. Da mir nun aber ein glücklicher oder wohl richtiger gesagt, unglücklicher Zufall dies Präparat in die Hände gespielt hat, nehme ich, trotzdem er aus der Leiche stammt, nicht Anstand, es Ihnen zu zeigen; erkennen wir doch an diesem Fall wieder, wie dankbar wir Kollege Veit sein müssen, dass er uns gezeigt hat, wie Pat. nach rechtzeitiger Diagnose durch rechtzeitige Operation eventuell vor dem traurigen Tode der Verblutung zu bewahren sind.

Die Geschichte meines Falles ist kurz, aber doch lehrreich; die Anamnese ist leider nur unvollkommen, da Amalie Böhm moribund ins Elisabeth-Krankenhaus kam. Die näheren Details habe ich von ihrer Schwester erfahren. Sie war 38 Jahr alt und soll 1873 in der kgl. Universitäts-Frauenklinik entbunden worden sein. Ob ihre Periode früher regelmäßig oder in den letzten Jahren zu stark gewesen ist, konnte ich nicht in Erfahrung bringen; jedenfalls soll dieselbe jetzt 2 oder 3mal ausgeblieben sein. Pat. hatte den wohlbegründeten Verdacht, dass sie in anderen Umständen wäre und scheint irgend welche Mittel gebraucht zu haben, um einen Abort hervorzurufen. Jedenfalls hat sie ihrer Schwester diesbezügliche Andeutungen gemacht; doch habe ich nicht erfahren, worin die Mittel bestanden haben. Beide Schwestern waren in verschiedenen Häusern in Dienst. Am 13. August h. a. besuchte die Verstorbene ihre Schwester, speiste mit ihr zu Mittag und war noch ganz wohl und munter, bis sie plötzlich Abends 6 Uhr — scheinbar ohne Ursache — starke Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes empfand, zu brechen anfing und ohnmächtig zusammensank. Ihre Schwester legte sie ins Bett, kochte ihr Pfefferminzthee und hieß sie ruhig liegen. Die Schmerzen dauerten fort; Pat. konnte nur auf der linken Seite liegen. Da sie nun wohl glaubte, dass der Abort beginnen würde, schickte sie nicht zum Arzt. Als sie aber am 14. August Morgens wieder ohnmächtig wurde, das Brechen von Neuem anfing, sandte sie zu einem nahe wohnenden Kollegen, der ihre sofortige Überführung ins Elisa-

beth-Krankenhaus anordnete, woselbst sie hochgradig anämisch, pulslos gegen 11 Uhr ankam, um, kaum ins Bett gebracht, schon zu sterben.

Das Resultat der Obduktion sehen sie hier: Pat. war eine große starke Person. Die übrigen Organe zeigten außer hochgradiger Anämie nichts Abnormes. Der Uterus ist stark vergrößert, zeigt an der hinteren Wand ein hühnereigroßes, intramurales Fibrom. Am frischen Präparat noch schöner als heute an dem geschrumpften ließ sich die fast 0,5—1,0 cm dicke Decidua vom Uterusmuskel abgrenzen. Die linke Tubenmündung wie das linke Ovarium sind in ältere Adhäsionen gehüllt. Das rechte Tubenende ist frei, zwischen äußerem und mittlerem Drittheil sehen Sie die Tube stark erweitert und in dem groß walnussgroßen Sack können Sie deutlich das Chorion und Amnion, eben so wie die Ansatzstelle des Nabels erkennen. Die Öffnung, aus der die Verblutung stattgefunden hat, war ohngefähr 1 cm lang; der Fötus ist leider in den fast $1^1/_4$ Liter messenden Blutgerinnseln verloren gegangen. Im rechten Ovarium ist ein großes Corpus luteum verum zu erkennen.

Ob die Pat. am 13. August Abends bei präciser Diagnose durch Laparotomie zu retten gewesen wäre, wage ich nicht zu entscheiden. Jedenfalls hat ihr aber wohl der am anderen Tage erfolgende Transport geschadet, da er eine Spontanstillung der Blutung entschieden verhindern musste; eine Art der Heilung, die bei ruhiger Rückenlage vielleicht eingetreten wäre.

e) Herr M. Hofmeier demonstrirt 1) ein Präparat von einer Extra-uterin-Schwangerschaft. Dasselbe stammt von einer Primipara von einigen 30 Jahren, bei der in Folge besonderer Verhältnisse während der Gravidität die Diagnose auf Myome mit Gravidität gestellt war. Da keine dringenden Indikationen vorlagen, sollte am Ende der Schwangerschaft die Sectio caesarea gemacht werden. Da Pat. am Ende der präsumirten Schwangerschaft mit lebhaften Schmerzen und Fieber in die Anstalt kam und sich sehr schnell in der ganzen Ausdehnung des Tumors tympanitischer Schall entwickelte, wurde auf eine Verjauchung geschlossen und die Operation vorgenommen. Dabei stellte sich das Ganze als ein extra-uteriner, verjauchter Fruchtsack dar, aus dem mit pfeifendem Geräusch Gase ausströmten. Der allseitig verwachsene Sack konnte ganz ausgeschält werden und erwies sich als von den rechten Anhängen ausgehend. Die rechte Tube verlief, immer stärker sich erweiternd, schließlich mit einer fünfmarkstückgroßen Öffnung in dem Fruchtsack. Auch die Anhänge links waren stark verwachsen: Hydrosalpinx. Wegen Vereinfachung der Wundverhältnisse wurde dann noch die Abtragung des Uterus selbst gemacht. Pat. erlag am anderen Tage der bereits bei der Operation vorhandenen allseitigen Peritonitis. Die nachträgliche Diagnose lautete auf Tuboovarialschwangerschaft.

2) Ein Präparat von einer Totalexstirpation herstammend, die wegen Carcinom des Cervix von ihm gemacht wurde. Der Uterus war vergrößert durch interstitielle Myome von gut Faustgröße, die zum Theil auch intraligamentär saßen. Die Operation bot dadurch gewisse Schwierigkeiten, ließ sich aber durchaus gut und typisch vollenden. Es zeigt das Präparat die seltene Komplikation von Carcinom und Myom an einem Uterus.

f) Herr Czempin demonstrirt ein Präparat von Extra-uterin-Schwangerschaft, welches am 20. Oktober von Herrn Dr. Martin durch die Laparotomie entfernt worden ist. Die 35jährige Pat. hatte seit einem Jahre heftige Schmerzen im Leibe, ein Jahr vorher waren Unregelmäßigkeiten der Menstruation dagewesen. Bei der Untersuchung in Narkose fand sich ein unebener, höckriger, derber Tumor von gut Faustgröße, welcher dem Fundus uteri aufzusitzen schien. Die Diagnose schwankte zwischen einem subserösen Myom und einem von den linken Adnexen ausgehenden, mit dem Uterus verbundenen malignen Tumor.

Nach der Eröffnung der Bauchhöhle zeigte es sich, dass der diagnosticirte, höckrige Tumor von einem zwischen den Därmen liegenden Lithopädion gebildet wurde. Mit der Oberfläche desselben waren die Dünndärme mehrfach verklebt und zogen sich zwischen den ausgespreizten Armen und Beinen der Frucht in vielfachen Windungen hindurch. Mit der unteren Fläche lag der Fötus auf dem Fruchtsacke auf, aus welchem sich bei der Loslösung des ersteren eine geringe Menge dicklichen

Eiters entleerte. Die Entfernung des Fruchtsackes war nur theilweise möglich wegen der Morschheit seiner Wandungen. Zum Theil wurde die Wandung stumpf von den Därmen und dem Uterus abgelöst, zum Theil, namentlich nach der Blase zu, nach vorheriger Unterbindung mit der Schere abgeschnitten. Einzelne Fetzen blieben an der Blase, dem Uterus und den Därmen zurück. Auf der linken Seite ging der Fruchtsack in die linke Tube über. Letztere, so wie eine linksseitige, links vom Fruchtsack liegende Ovarialcyste wurde ebenfalls entfernt. Die durch Entfernung des Fruchtsackes entstandene, nur wenig blutende Höhle wurde nach der Scheide durch den Douglas drainirt. Resektion eines Theiles des Netzes, das mit dem Fötus adhärent gewesen war.

Der Fötus lag in seinen Eihäuten, außerhalb des Fruchtsackes. Er entsprach ca. dem 6. Schwangerschaftsmonat.

(Pat. wurde nach einer ungestörten Rekonvalescenz am 20. Tage entlassen.)

g) Herr Löhlein: Nahezu mannskopfgroßes Ovarialkystom von einer 40jährigen Frau stammend, welche seit 10 Monaten rasche Zunahme des Leibesumfanges bemerkt hatte. Die Untersuchung ergab reichlichen Ascites außer einer beweglichen, mehrknolligen Geschwulst. Eine gleichzeitige Vergrößerung des Uterus wie bei einer Schwangerschaft am Ende des 4. Monats und ausgesprochene Blaufärbung der Scheidenschleimhaut, dabei weiche Konsistenz der Gebärmutterwandung legte den Verdacht einer weiteren Komplikation durch Gravidität nahe, der sich indess bei gründlicher Untersuchung in der Narkose nicht bestätigte.

Bei der Operation fiel neben der sehr entwickelten Peritonitis die Einlagerung auffallend weicher Knoten in die Wand des Corpus uteri und auch in die Douglas'schen Falten auf.

Die Vermuthung, dass der Eierstockstumor maligne sein möchte, wurde durch die von Herrn Kollege Fleischlen vorgenommene mikroskopische Untersuchung widerlegt.

Verlauf durchaus günstig; freilich zunächst Wiederkehr mäßiger ascitischer Flüssigkeit. Uber das Schicksal der subperitonealen weichen Tumoren an und hinter dem Uterus wird später Bericht erstattet werden.

h) Herr Beely (als Gast) demonstrirt eine Binde, welche er auf Veranlassung von A. Martin für Laparotomirte angefertigt hat, an einer Pat. von A. Martin. Die Binde besteht aus einer Rückenplatte, die an je 3 nicht elastischen Gurten die Bauchplatte trägt. Schenkelgurte verhüten das Aufrutschen dieser. (Die ausführliche Beschreibung erscheint demnächst in der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.)

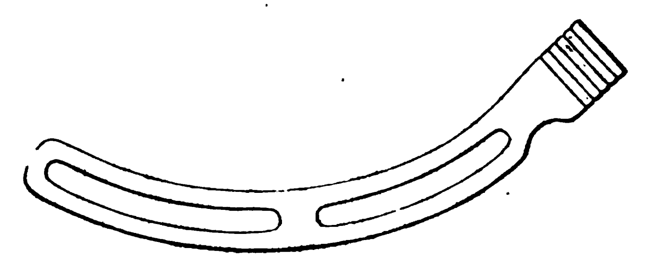
In der Diskussion zu dieser Demonstration bestätigt A. Martin zunächst die Erprobung dieser Binde in der Praxis. Ob dieselbe die Entwicklung von Bauchhernien ganz zu verhindern vermag, bleibt abzuwarten; jedenfalls giebt sie den Rekonvalescenten ein sehr bestimmtes Gefühl von Sicherheit.

Herr Veit lässt nach Vorgang von Freund eine geeignet aptirte Schwimmhose tragen, die den Betreffenden alle wünschenswerthen Dienste thut.

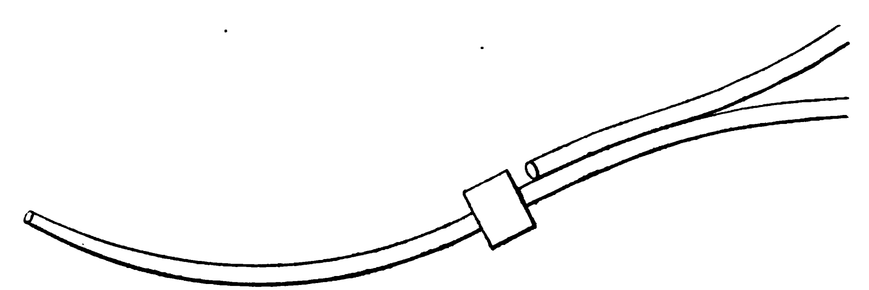
II. Herr Paul Ruge: Demonstration einer Modifikation des Fritsch'schen Katheters.

Der Vortr. hat es stets übel vermerkt, dass an dem sonst so zweckmäßigen Katheter von Fritsch die Öffnungen zu klein sind, durch die die Flüssigkeit in das Uterusinnere gelangen soll. Außerdem leidet der Fritsch'sche Katheter an dem Übelstande, dass eine Bespülung des Cervix so gut wie ausgeschlossen ist. Wenigstens trifft dies für die Fälle zu, in denen es sich um nicht oder nur wenig vergrößerten Uterus handelt. — Wenn auch nun Schröder versucht hat, durch seine Modifikation diesem Übelstande abzuhelfen, so beseitigt derselbe die Missstände keineswegs in der genügenden Weise. Desshalb hat Herr Paul Ruge den uterinen, abschraubbaren Theil des Katheters mit 4 Längsöffnungen, die sich fast über dieses ganze Stück hinziehen, versehen lassen, außerdem an der Spitze mit einer Öffnung, wie sie sich auch schon in dem Schröder'schen findet. — Es liegt auf der Hand, dass hierdurch die Kommunikation der Spülflüssigkeit nach dem Uterus hin eine viel vollkommnere wird und dass auch der Cervix mit bespült

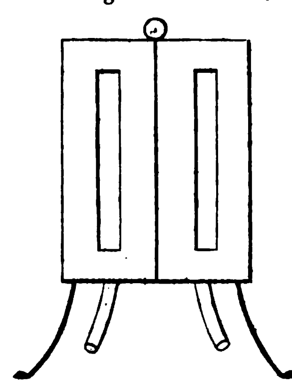
werden kann. — Wenn man sich veranlasst sieht, mittels des Fritsch'schen Katheters koncentrirtere Lösungen (z. B. 5%ige Karbolsäure) durch den Uterus laufen zu lassen, so muss diese Spülflüssigkeit auf jeden Fall die Vagina passiren. Sobald zu solchen Ausspülungen größere Mengen koncentrirterer Lösungen genommen werden, so wird die Vagina und besonders auch die äußeren Genitalien in recht



unangenehmer Weise, selbst wenn man sie vorher eingefettet hat, angeätzt. Der Vortr. hat in Folge dessen mit dem Fritsch'schen Katheter ein für die Scheide bestimmtes Rohr verbunden, das dicht unterhalb des Ostium externum uteri das zu-



laufende, abgekochte und abgekühlte Wasser in die Scheide ergießt und zwar fast 4mal so viel, als in den Uterus hineingelaufen ist, so dass die aus dem Uterus in die Vagina zurücklaufende Flüssigkeit sofort in der Vagina um ca. 80 % verdünnt wird. Der Bequemlichkeit halber benutzt Herr Paul Ruge hierzu einen Irrigator, der aus 2 völlig getheilten Hälften mit 2 Abflussöffnungen, 2 Gummischläuchen etc. besteht. Es ist klar, dass man mit dieser Vorrichtung selbst große Quantitäten 5%iger Karbolsäurelösungen oder anderer Lösungen im Wochenbett durch den mit Jauche oder anderen Infektionsstoffen gefüllten Uterus ohne Weiteres hindurchlaufen lassen kann. Dasselbe lässt sich aber auch außerhalb des Puerperium, z. B. zur Nachbehandlung nach Ausschabung machen. Der Vortr. hat nach Ausschabung wegen Endometritis gonorrhoica den Uterus mehrfach mit großen Quantitäten 5%iger auch 3%iger) Karbolsäurelösungen durchspült. In einem Falle, in dem es sich um eine, zu starken Blutungen neigende Endometritis gehandelt hat, hat er nach Ausschabung des Uterus mehrfach in Pausen von 2 Tagen verdünnten Liquor ferri literweise durch den Uterus laufen lassen, den er durch eine $1^1/_2$%ige Karbolsäurelösung sofort in der Vagina neutralisirte. — Die Anwendung dieses Katheters und Irrigators ist sehr bequem. Der Vortr. betont nochmals, dass er nichts Neues hat zeigen wollen, sondern nur eine ihm sehr zweckmäßig erscheinende Modifikation eines bewährten Instrumentes.



(Gefertigt sind dieselben von Hartwich, Berlin, Markgrafenstraße 79.)

III. Herr Czempin: Über die Enukleation intraparietaler Myome nach A. Martin.

Seit dem Jahre 1880, wo von Herrn Martin zuerst die Ausschälung eines submukösen Myom durch die Laparotomie und Eröffnung der Uterushöhle nach Art der Sectio caesarea vorgenommen worden war, wurde die Ausschälung intraparietaler und submuköser Myome bis heute 16mal ausgeführt. Die Operationsmethode wurde nur bei Entwicklung eines größeren Myomkeimes in der Wand des Uterus vorgenommen, demgemäß die Operationen zunächst als Myomotomien im weitesten Sinne in Aussicht genommen und die Indikation dieses Verfahrens selbst erst nach Eröffnung der Bauchhöhle gestellt. Die Kastration, d. h. die Entfernung normaler Ovarien nach der Enukleation wurde nicht geübt, da das Verfahren die Erhaltung des Genitalapparates in erster Linie bezweckte, nur zweimal wurden degenerirte Ovarien entfernt. Die Operation wurde stets in typischer Weise vorgenommen: Anlegung der Gummischlauchkonstriktion, um den vor die Bauchwunde gewälzten Uterus, Spaltung der Uteruswand über dem Myom, Ausschälung des Tumors aus seinem Bett, eventuell mit Eröffnung der Uterushöhle, Vernähung der Uteruswunde, Versenkung des Uterus nach Abnahme der Konstriktion, Schluss der Bauchwunde.

Unter den 16 Operationen sind 3 Todesfälle zu beklagen; dieselben gehören der ersten Zeit der Operation an. Die letzten 11 Fälle sind hinter einander genesen. — Die Eröffnung der Uterushöhle während der Operation, welche in 10 Fällen, zweimal bei submukösen, achtmal bei intraparietalen Myomen, während der Ausschälung des Tumors stattfand, war im Allgemeinen nicht von üblen Folgen begleitet.

Der Einfluss der Operation auf die Blutungen war ein guter. Einige Male schloss sich trotz stärkerer voraufgegangener Metrorrhagien die Menopause sofort an die Operation an, in anderen Fällen wurden die Menses regelmäßig und schwächer. Einmal bildeten sich jedoch im Verlaufe eines Jahres neue Myomkeime im Uterus, welche nunmehr die Amputatio uteri supravaginalis nothwendig machten.

Nach den bisherigen Erfahrungen dürfte das mitgetheilte Operationsverfahren für die isolirten Myome der Uteruswand die geeignetste Operationsmethode darstellen, da sie nach Entfernung der Geschwulst das Organ erhält und andererseits die Prognose der Operation in Hinsicht auf die Einfachheit der Wundverhältnisse und die relative Einfachheit der Technik eine günstige genannt werden muss. (Der Vortrag wird demnächst in extenso veröffentlicht werden.)

Die Diskussion muss der vorgerückten Zeit wegen zur nächsten Sitzung vertagt werden.

---

## 8) Gusserow. Bericht über 19 Fälle von Amputatio uteri wegen Myombildung.

(Charité-Annalen XI. Jahrgang 1885.)

Verf. liefert einen sehr interessanten Beitrag zu der wichtigsten ungelösten modernen gynäkologischen Frage: der Laparomyomotomie.

Verf. hat von 1884 bis 1885 19mal den Uterus von der Bauchhöhle aus am inneren Muttermunde, also mit Eröffnung der Uterushöhle amputirt. Den Namen Amputatio uteri wünscht Verf. für diese Fälle reservirt, denn es sei wichtig, die prognostisch ungünstigen auch technisch schwierigen Fälle von Eröffnung des Uterus nicht mit den leichteren Myomotomien zusammenzuwerfen, bei denen nur ein Tumor exstirpirt sei. Von den Fällen starben 6, eine Mortalitätsziffer, die etwas besser als die anderer Operateure ist. G. betont die Schwierigkeit der Indikationsstellung und führt besonders die unerträglichen Schmerzen an, die oft ein wachsendes Myom begleiten. Nicht überall herrschte Übereinstimmung über die Indikation bei den Operateuren. Dies ist sehr richtig! Selbst der einzelne Operateur wird durch eine Reihe guter Erfolge kühner, während er nach einem nicht vorhergesehenen Todesfall wieder zaghafter, einen ähnlichen Myomfall abweist.

Der Kastration ist Verf. nicht geneigt. Gewiss mit Recht! Wem dünkt es nicht logischer, alles Pathologische zu entfernen, als nur ein Symptom wegzuschaffen.

Nur bei Hypermenorrhagie dürfte die Kastration als solche gerechtfertigt sein. Ref. möchte hinzufügen: bei besonders anämischen Frauen und technisch sehr schwer zu entfernenden kleinen Myomen. Es ist zweifellos, dass eine dekrepide Frau den minimalen Eingriff einer Kastration leicht verträgt, während sie bei stundenlangem Operiren, Unterbinden, bei großem Blutverlust, Maltraitement der Gedärme etc. ziemlich sicher stirbt. Sind in so schweren Fällen die Ovarien gestielt und leicht abzubinden, sind es vor Allem die Blutungen, welche die Hauptklage bilden, inkommodirt der Tumor als solcher wenig, so ist es wohl rationell zu kastriren.

Betreffs der Technik wurde der Stumpf principiell intraperitoneal behandelt. Nur in einem Fall, bei dem ein komplicirender Prolaps geheilt werden sollte, wurde der Stumpf extraperitoneal befestigt. Verf. fand, dass der Schlauch oft unbequem sei, eine Verletzung der mitgefassten Blase kam vor. In einem solchen Falle wurde die Blase in die Bauchwunde eingenäht und ein Verweilkatheter eingelegt. Der Fall endete auch bez. der Blasenwunde glücklich. Auch in einem anderen Falle wendete Verf. dies ingeniöse Verfahren an. Ein verjauchtes mit der morschen Blase verwachsenes Dermoid wurde entfernt, die Blase zerriss. Sie wurde in die Bauchhöhle genäht. Die Blasenbauchfistel schloss sich. Pat. behielt eine funktionsfähige Blase.

Die offene Cervixhöhle hat Verf. mit dem Paquelin ausgebrannt, aber nicht isolirt vernäht. Als intraperitoneales Nähmaterial wurde Sublimatkatgut verwendet.

Die Fälle bieten viel interessantes Detail, sind sehr lehrreich und müssen im Original nachgelesen werden. **Fritsch** (Breslau).

9) **Hunter.** 50 Fälle von Laparotomie, 2. Serie.

(New York med. journ. 1886. August 21. p. 199.)

Die vorliegende Reihe hat nicht so gute Mortalitätsverhältnisse aufzuweisen als die vor einem Jahre veröffentlichte (s. dieses Journal Jahrgang 1885. p. 637), indem sie statt 18% eine Sterblichkeit von 28% aufweist. Allein die Ovariotomie wegen größerer Ovarientumoren hat mit 7 von 14 Operationen eine Mortalität von 50%. Bei Durchsicht der Fälle scheint dieses ungünstige Verhältnis mindestens zum Theil auf dem Umstand zu beruhen, dass der Operateur, durch seine Erfolge kühner gemacht, auch Operationen unternahm, die nur geringe Aussichten auf glücklichen Ausgang bieten konnten, z. B. Fall 19. Wegen kleinerer Geschwülste und sonstiger Erkrankungen in Ovarien und Tuben wurde deren Entfernung vorgenommen 32mal mit nur 3 Todesfällen = 9,4%. Gegen die 31% Mortalität bei derselben Operation unter der früheren Serie hat sich das Verhältnis sehr zu Gunsten der neuen Folge gebessert; es scheint dies recht wichtig, wenn man dem Risico der Operation die geringe Schwere der Erkrankung selbst entgegenhält, welche das Leben im Großen und Ganzen doch nicht bedroht. Die Berechtigung zur Ausführung derartiger Operationen wird von ihren Vertheidigern stets in ihrer niedrigen Sterblichkeit gefunden, und dem gegenüber erscheint immerhin selbst eine solche von annähernd 10% zu hoch.

In Fall 47 wurde ein Pyosalpinx und größerer Beckenabscess gefunden dessen Herausnahme sich unmöglich zeigte; ein Theil des Inhaltes ergoss sich in die Bauchhöhle, Drainage, Tod durch Peritonitis. Verf. ist der Ansicht, dass einige Jahre früher die Operation besseren Erfolg gehabt haben würde.

Fall 28 erwies sich erst bei der Operation als Tubenschwangerschaft, starke Verwachsungen; Entfernung des ganzen Uterus mit dem Fruchtsack, elastische und Drahtligatur des Stiels, Drainage, Tod. Auch unter den übrigen 3 Totalexstirpationen des Uterus wegen Fibroiden und Fibromen findet sich nur 1 Genesung, so dass die Mortalität dieser Operation, bei welcher stets die elastische Ligatur benutzt wurde, 3 von 4 = 75% beträgt, gegenüber 20% der früheren Reihe.

Die Behandlung war dieselbe geblieben, Stielversenkung nach Unterbindung mit Seide bildet die Regel, doch wird nicht selten Drainage eingerichtet.

**Lühe** (Demmin).

10) **Asch** (Breslau). Über Prolapsoperationen.

Dissertation, Breslau, 1886.

An eine geschichtliche Entwicklung der Prolapsoperation reiht sich eine tabellarische Übersicht der Prolapsoperationen, welche in den letzten vier Jahren (1. April 1882—1886) in der Breslauer Frauenklinik (Fritsch) ausgeführt wurden. In diesem Zeitraum wurden im Ganzen 87 Prolapsoperationen an 80 Erkrankten ausgeführt; 7 Pat. wurden zusammen 14mal operirt.

Das Alter schwankt zwischen 22 und 75 Jahren; die größte Zahl (30) zwischen 30—40 Jahren. Unverehelicht waren 21, Nulliparae waren 6 Pat. Die Operationswunde richtete sich jedes Mal nach den sich darbietenden Verhältnissen. Eine Einseitigkeit wurde vermieden.

Von 70 Operirten, über deren Befinden Erkundigung eingezogen wurde, gaben 51 Nachricht. Es ergaben sich 30 völlig Geheilte und 15 Gebesserte. Bei strengstem Verfahren stellt sich der Procentsatz auf nur 59% Geheilte, während 94% als geheilt entlassen waren. Diese Zahlen sind nicht so ungünstig, als sie im Augenblick sich zeigen, da es sich meistens um Arme handelt, die sich nicht schonen konnten und sofort schwere Arbeit wieder aufnehmen mussten. Von den Operirten starb eine an Erysipel, welches z. Z. in der Klinik herrschte. Sollte die erste Operation ohne Erfolg gewesen sein, so kann sie nochmals, ja zum dritten Male wiederholt werden. In ganz verzweifelten Fällen ist die Totalexstirpation das Radikalmittel (3mal mit Erfolg in Breslau ausgeführt).

Zum Schlusse stellt Verf. folgende Sätze auf:

1) Für die verschiedenen Formen der Prolapse passen verschiedene Methoden.

2) Auch wenn Pat. bei der Entlassung völlig geheilt sind, tritt doch mitunter der Prolaps wieder ein.

3) Der Procentsatz der dauernden und völligen Heilungen ist erheblich geringer als der der momentanen Heilung sofort nach der Operation.

**Heilbrun** (Kassel).

11) **A. Stadfeldt** (Kopenhagen). Ein Fall von Graviditas tubo-uterina. Laparotomie. Lebendes Kind. Mutter gestorben.

(Hospitals Tidende 1886. No. 38.)

Die 29jährige Primipara, seit 6 Jahren verheirathet, wurde in die Entbindungsanstalt 22. Januar 1886 aufgenommen. Menses hörten im Juni v. J. auf, im Juli peritonitische Anfälle, die mehrmals recidivirten, übrigens verlief die Schwangerschaft normal. 4 Tage vor der Aufnahme hatte Pat. Wehen, mit Ausstoßung einer vollständigen Decidua. Die Diagnose war Extra-uterin-Schwangerschaft im 9. Monate, lebendes Kind, Placenta am unteren Eipole adhärirend. Am 28. Januar Laparotomie. Der Eisack war in der ganzen Incisionslänge mit dem Peritoneum verwachsen nach Öffnung desselben Extraktion des Fötus, welcher ausgetragen war, asphyktisch, aber zum kräftigen Schreien gebracht. Nach Ausspülung des Sackes wurde keine Blutung entdeckt, Placenta adhärirte tief im Becken an der rechten Seite des Uterus. Während eine Mèche von Jodoformgaze eingeführt wurde, zeigte sich aufwärts eine Berstung des Sackes mit Eindringen der Därme; nach Trennung des Sackes von den Rändern der Bauchwunde wurden diese vereinigt, im unteren Winkel wurde eine Jodoformgazemèche gelegt. Letaler Ausgang 38 Stunden nach der Operation. Bei der Sektion fand sich der Eisack nach oben mit dem Netz verwachsen, nach oben links nur die dünnen geborstenen Eihäute ohne Verwachsung mit den umgebenden Därmen. Die Untersuchung des pathologisch anatomischen Präparates, namentlich die Einpflanzung der villi chorii in der Substanz der Uterusecke selbst schienen mit Sicherheit die Diagnose festzustellen: tubo-uterine Schwangerschaft mit sekundärer Berstung der Tubarwand gegen die Abdominalhöhle.

In Bezug auf die Behandlung der Extra-uterin-Schwangerschaft mit lebendem Kinde schließt Verf. sich am nächsten Litzmann an und will die unbedingte Abneigung gegen die Laparotomie hier (Werth) nicht acceptiren, denn das Exspektiren

kann auch die bedenklichsten Folgen haben. Er führt eben ein Beispiel hierfür an. Eine 30jährige Secundipara wurde im febrilen, stark leidenden Zustande aufgenommen mit extra-uteriner Schwangerschaft im 7. Monate; sie starb nach einigen Tagen, septisch, ohne Ruptur des Eisackes.

Eine Statistik, die beide Eventualitäten auf ähnliche Weise berücksichtigt, haben wir noch nöthig, wenn wir die Indikationen der operativen Behandlung der Extra-uterin-Schwangerschaft mit lebendem Kinde definitiv feststellen sollen.

**Ingerslev** (Kopenhagen).

### 12) J. Rosner (Krakau). Geburtsstörung durch Kothstauung bei Atresia ani vaginalis.

(Przegląd lekarski 1886. No. 7.)

Einen seltenen Fall obiger Anomalie beobachtete Verf. auf der Klinik des Prof. Madurowicz bei einer 24jährigen Ipara. Dieselbe gab an, Koth immer per vaginam willkürlich entleert zu haben und nur bei Diarrhoe konnten die Stühle nicht zurückgehalten werden. Zu Ende der Schwangerschaft habituelle Stuhlverstopfung; kein Stuhl in der letzten Woche, während welcher auch das Fruchtwasser theilweise abfloss und Kindsbewegungen nicht mehr wahrgenommen wurden. Trotz starker Wehen Verzögerung des Geburtsverlaufes und zu allerletzt Vorfall einer oberen Extremität. Die klinische Untersuchung ergab nun Nachfolgendes: Starker Körperbau, Becken normal. Anstatt des Afters eine seichte Vertiefung, welche blind endet. Durch die Bauchdecken Gebärmutter länglich oval, gespannt, Kindskopf über dem Beckeneingang rechts zu fühlen. Kindsbewegungen und Fötalherztöne nicht nachweisbar. Linke Hand vor die Geschlechtstheile vorgefallen. Die stark hervorgewölbte hintere Scheidenwand zeigt in der Mitte eine Öffnung, welche den Zeigefinger durchlässt. Durch dieselbe gelangt man nach unten in das blinde Ende des Mastdarmes, welcher durch harte Kothmassen zum Umfange eines Kindskopfes erweitert ist. Das Scheidenlumen in Folge dessen und durch die vorgefallene Hand stark verengt, so dass die innere Untersuchung mit bedeutenden Schwierigkeiten verbunden war. Mehrere Klysmata durch die anormal gelegene Analöffnung applicirt, führten reichliche Stuhlentleerungen herbei, wonach die Vagina sich erweiterte und die Untersuchung ermöglicht wurde. Dieselbe ergab eine Schieflage mit dem Rücken nach links, wobei der Kopf mit dem Gesichte nach rechts und unten gewendet war. Der Hals stark gestreckt; die linke Hand an der hinteren Gebärmutterwand vorgefallen. Trotz tiefer Narkose die Gebärmutter so stark kontrahirt, dass von der Wendung abgesehen werden musste. Statt dessen wurde die Decapitation mit dem Braun'schen Haken vollführt und so die Geburt eines beinahe ausgetragenen Kindes vollendet. Strenge antiseptische Behandlung des Genitaltractus mit Jodoformgaze. Verlauf des Wochenbettes normal.

Bevor die Wöchnerin aus der Anstalt entlassen wurde, untersuchte man noch genauer den Mastdarm, wobei man sich überzeugte, dass die in der hinteren Scheidenwand vorhandene Analöffnung nach unten herabrückte, so dass ihre Entfernung vom Introitus vaginae ungefähr 4 cm betrug. Dieselbe ist für den Finger leicht durchgängig, wobei die ziemlich dicken, nachgiebigen Ränder beim Untersuchen sich anspannen. Das untere, stark ausgedehnte Segment des Mastdarmes reicht beinahe bis zum Damme, so dass die Trennungsschicht kaum $1^1/_2$ cm betragen konnte.

Die Ausführung der Proktoplastik wurde auf Ersuchen der Kranken auf einige Zeit verschoben, dieselbe starb jedoch Privatnachrichten zufolge nach $^1/_2$ Jahre an Lungenentzündung.

**J. Rosner** (Krakau).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**№. 50.** **Sonnabend, den 11. December.** **1886.**



(Mittheilung aus der geburtshilflichen Klinik des Herrn Prof. Breisky in Prag.)

# Geburt bei hochgradiger Muskelatrophie. (Paralysis myosclerotica cum atrophia musculorum.)

Von
**Dr. Carl Fleischmann,**
1. Assistenten.

Mit Rücksicht auf die hohe Bedeutung, welche die Bauchpresse während der Geburt für sich in Anspruch nimmt — eine Thatsache, die erst neuerdings in einer Arbeit von Schröder[1] und Stratz eine ganz besondere Würdigung gefunden hat —, dürfte die Mittheilung eines Geburtsfalles bei hochgradiger Atrophie der Bauchmuskulatur einiges Interesse darbieten.

Am 7. Juni d. J. wurde die 34jährige Tagelöhnerstochter Antonie Olič von ihrem Vater auf einem Wägelchen zur Klinik gebracht.

Seit ihrem 11. Jahre bemerkte sie eine allmählich fortschreitende Abnahme ihrer Muskelkraft u. z. zuerst der Beine. Dies veranlasste sie im Jahre 1870 (als sie 16 Jahre alt war) auf der I. internen Klinik des hiesigen Krankenhauses Hilfe zu suchen. (Damalige Diagnose: Paralysis myosclerotica.) Während ihres viele Wochen dauernden Aufenthaltes im Spitale besserte sich der Zustand ein wenig, doch kehrte nach ihrem Austritte bald wieder die frühere Schwäche zurück. Seit etwa 7 Jahren magert die Kranke zusehends ab, seit 6 Wochen hat die Schwäche

[1] Schröder und Stratz, Der schwangere und kreißende Uterus. Bonn. 1886.

eine solche Höhe erreicht, dass die Pat. im Bette verweilen muss. Störungen der Stuhl- und Harnentleerung sollen nie bestanden haben. Sie hat bereits zweimal geboren: das erste Mal vor 3 Jahren, leicht ein lebendes Kind, das nach $^1/_2$ Jahre an Schwäche starb; zum zweiten Male vor 2 Jahren, wiederum leicht ein schwaches Kind, das nach $1^1/_2$ Jahren zu Grunde ging.

Ihre letzten Menses hatte sie am 20. Oktober und hofft in etwa 5—6 Wochen niederzukommen.

Die Untersuchung der kleinen, gracilen blassen Person ergab:

Hochgradige Atrophie der Muskulatur der Oberarme (mit Ausnahme der auffallend hypertrophischen Mm. triceps brachii), der Brustmuskeln, der Bauch- und Rückenmuskeln, Atrophie der Wadenmuskulatur — Hängebauch. Gravidität etwa der Mitte des 9. Monats entsprechend. Allgemein verengtes Becken leichten Grades. Sp. 22,2, Cr. 24,8, Tr. 28,0, DB. 17,0, Cd. 11,2, Cv. 9,0—9,5 cm. Keine rachitischen Veränderungen der Beckenknochen.

Am 22. Juni Abends um 9 Uhr floss das Fruchtwasser ab, nachdem der vom entfalteten Supravaginaltheile umfasste kleine Kindskopf bereits mit einem Segmente in den Beckeneingang eingetreten war. Kräftige Wehen eröffnen rasch die Vaginalportion und bringen den Muttermund schon um 2 Uhr Morgens (23. Juni) zum Verstreichen. Der Kindskopf steht tief im Beckeneingange, quer, die kleine Fontanelle nach rechts gerichtet, in gleicher Höhe mit der großen. Der langgestreckte, stark nach links geneigte Uterus reicht bis an den Rippenbogen heran. Dicht oberhalb des Nabels ist die Grenze zwischen einem dickwandigen oberen und einem dünnwandigen unteren, beinahe die ganze Frucht beherbergenden Uterusabschnitte als etwas schräg von links unten nach rechts oben verlaufende Furche sichtbar und fühlbar.

Die kräftigen Zusammenziehungen der Gebärmutter werden von der Bauchpresse nur sehr wenig unterstützt, da sich die auffallend dünnen Bauchmuskeln nur in geringem Grade anzuspannen vermögen und die geraden Bauchmuskeln überdies ziemlich weit aus einander gewichen sind. Nachdem der Kopf auf dem Beckenboden angelangt bleibt er trotz kräftiger Wehen unverrückt in seiner Stellung, während sich der Uteruskörper vollständig über die Frucht zurückzieht, so dass die vorerwähnte furchenförmige Einziehung 3 Querfinger hoch über den Nabel hinaufrückt.

(Die Distanz von der Mitte des Fundus uteri bis zur Kuppe der rasch zunehmenden Kopfgeschwulst beträgt 30 cm. Nach der Geburt wurde die Distanz zwischen der Steißbeinspitze und der Kuppe der Kopfgeschwulst bei möglichster Streckung des Fruchtrückens und leichter Deflexion des Kopfes mit 28 cm bestimmt. Vgl. Schröder und Stratz l. c.)

Nach $^5/_4$stündiger Beobachtung hatte sich die Stellung des Kindskopfes gar nicht geändert, die Kopfgeschwulst hatte bedeutend zugenommen, die äußeren Genitalien begannen anzuschwellen, und so schritt ich denn in der festen Überzeugung, dass in Folge der Insufficienz der Bauchpresse ein spontaner Ablauf der Geburt unmöglich sei, zur Beendigung derselben mittels der Zange. Die Entwicklung der lebensfrischen, etwas vorzeitigen (46 cm, 2400 g) Frucht gelang ohne Schwierigkeiten.

Im Wochenbette verschlimmerte sich ein schon vor der Geburt bemerkter leichter Blasenkatarrh in sehr bedenklichem Grade trotz sorgfältigster Behandlung und führte, begleitet von einer krupösen Pneumonie am 15. Tage p. p. (5 Tage nach der Transferirung der Kranken zur internen Klinik der Herrn Prof. Přibram) das letale Ende herbei. Bei der Sektion fand man das Genitale wohl mangelhaft involvirt aber frei von jeder infektiösen Erkrankung, schweren Blasenkatarrh, leichten chronischen Morb. Brigthii, krupöse Pneumonie in beiden Unterlappen und hochgradige Veränderungen der Muskulatur (Lipomatosis musculorum). Die mikroskopische Untersuchung der erkrankten Muskeln wird eben vom Assistenten der I. internen Klinik, dem Herrn Privatdocenten Dr. Singer vorgenommen und wird s. Z. den Gegenstand einer ausführlichen Publikation bilden.

Nur so viel darf ich heute schon mit gütiger Erlaubnis des Herrn Dr. Singer

berichten, dass Durchschnitte der Mm. recti abdom. eine ganz außerordentliche Verminderung der muskulären Elemente zeigen.

Anmerkung: Die anamnestischen Daten sind z. Th. der mir vom Herrn Prof. Přibram freundlichst zur Verfügung gestellten Krankengeschichte der I. internen Klinik entlehnt.

---

## 1) Halberstam. Beitrag zur Lehre vom Icterus neonatorum.

Inaug.-Diss., Dorpat., 1886.

Verf. ist auf Grund seiner Untersuchungen Anhänger der hepatogenen Natur der Gelbsucht der Neugeborenen; er untersuchte zuerst den Harn ikterischer Neugeborener auf Gallenpigment, darauf Harn und Perikardialflüssigkeit auf Gallensäuren.

Er fand im Harn bei Icterus neonatorum mit Gelbfärbung der Conjunctiven stets ungelösten Gallenfarbstoff entweder als diffuse Infiltration der Epithelien oder Cylinder oder als formlose Klümpchen von intensiv goldgelber Farbe; und zwar treten diese letzteren (masses jaunes) am häufigsten am 3. bis 4. Tage bis zum siebenten auf. Dieselben wurden als Gallenfarbstoff durch die mikrochemische Reaktion mit salpetrig säurehaltiger $HNO^3$ nach Cruse nachgewiesen, welche der Gmelin'schen vollkommen gleichwerthig erachtet wird; waren die Conjunctiven frei von der Gelbfärbung, so fanden sich meist nur wenig masses jaunes, dagegen hauptsächlich Epithelinfiltrationen, die meist ebenfalls deutliche Cruse'sche Reaktion ergaben. Gallenpigment wurde also thatsächlich im ikterischen Harn der Neugeborenen aufgefunden.

Da von den Vertretern der hämatogenen Theorie des Ikterus der intime Zusammenhang zwischen Leber- und Gallenpigment angezweifelt und behauptet wird, dass bei der nahen Verwandtschaft oder vollkommenen Identität zwischen Blut- und Gallenfarbstoff der erstere sich in letzteren ohne Mitwirkung der Leber umwandeln könne, mussten andere wichtige Gallenbestandtheile, die nur von der Leber producirt werden, die Gallensäuren, in den Körperflüssigkeiten beim Icterus neonatorum nachgewiesen werden. Im Harn sowohl ikterischer, wie nicht ikterischer Neugeborener konnten jedoch, wie vor H. auch Andere nachgewiesen hatten und dieser nur bestätigen konnte, Gallensäuren konstatirt werden; das Vorhandensein derselben gab demnach keine Stütze für die hepatogene Lehre, wenn nicht noch andere Körperflüssigkeiten Gallensäuren ausschließlich beim Icterus neonatorum ergeben. Die darauf hin bezüglichen Untersuchungen erstreckten sich auf die Perikardialflüssigkeit. Dieselbe ließ bei Ikterischen oder kürzlich ikterisch gewesenen Neugeborenen Gallensäuren deutlich nachweisen; in der besagten Flüssigkeit nicht ikterischer Neugeborener fehlten dieselben; nicht ikterische Erwachsene zeigen ebenfalls keine Spur derselben.

Unter den Gallensäuren war es speciell die Taurocholsäure, die Verf. nachweisen konnte.

Auf Grund dieser seiner Untersuchungen ist demnach die **Leber** die Ursache des Icterus neonatorum. **Menzel** (Görlitz).

---

## 2) **Krüger.** Über das Verhalten des fötalen Blutes im Momente der Geburt.

Inaug.-Diss., Dorpat., 1886.

Die sich auf die Gerinnung, den Hämoglobin- und den Fibringehalt beziehenden Untersuchungen des Verf.s wurden an dem Nabelvenenblut nur gesunder, ausgetragener Kinder vorgenommen, welches nach der sofortigen Abnabelung, sehr häufig bevor der erste Athemzug erfolgt war, gewonnen wurde. Die Methoden der Hämoglobinbestimmung, so wie der Bestimmung des Fibrins und des Trockenrückstandes müssen im Original eingesehen werden.

K. kommt nach seinen Untersuchungen an 10 Kindern zu folgenden Resultaten:

1) Die Vermehrung des Gehaltes des fötalen Blutes an festen Bestandtheilen, im Vergleich zu dem des Blutes Schwangerer, ist nur unbedeutend.

2) Der Fibringehalt des fötalen Blutes im Momente der Geburt ist, analog dem Blute Neugeborener, beträchtlich vermindert, dem des mütterlichen Blutes gegenüber.

3) Der Hämoglobingehalt des fötalen Blutes kommt im Momente der Geburt dem des mütterlichen gleich, erreichte aber nie die Höhe, wie im Blute des Neugeborenen einige Zeit nach der Geburt.

4) Das Geschlecht des Fötus beeinflusst die Zusammensetzung des Blutes nicht, wenigstens nicht wesentlich, im Gegensatz zum Blute Erwachsener.

5) Das Gewicht des Kindes zeigt keinen nennenswerthen Einfluss auf die quantitative Zusammensetzung des fötalen Blutes im Momente der Geburt.

6) Das Fötalblut besitzt im Momente der Geburt eine große Gerinnungstendenz, gerinnt aber langsam, d. h. die Gerinnung tritt früh ein, dauert aber lange.

7) Der Grund zu dieser langsamen Gerinnung des Fötalblutes im Momente der Geburt liegt in einer relativ geringeren Spaltbarkeit der weißen Blutkörperchen desselben; denn auf Zusatz von Lymphdrüsenzellen trat jedes Mal eine deutliche Beschleunigung der Gerinnung ein und zwar entsprechend der dem Blute hinzugefügten Menge von Lymphdrüsenzellen. **Menzel** (Görlitz).

---

## 3) **Bayer.** Über den Begriff und die Behandlung der Deflexionslagen.

(Sammlung klin. Vorträge No. 270.)

Ausgehend von dem normalen kindlichen Habitus im hochschwangeren Uterus bei Schädellagen geht B. auf die Fehler der normalen Fruchthaltung, auf die Habitusverletzungen über, von denen

er je nach der geringeren oder weiteren Abduktion des Kinnes von der Brust drei Grade unterscheidet; den ersten Grad bezeichnet er als Scheiteleinstellung, weil hier der Scheitel, die Gegend der großen Fontanelle, in der Führungslinie vorliegt; den zweiten stellen die Stirn-, den dritten und höchsten die Gesichtseinstellung oder Haltung dar. Unter Deflexionslage versteht er nun die Fälle, in welchen sich die Deflexion auch im weiteren Verlaufe der Geburt erhält und nicht eine Übergangseinstellung nur darbietet; wirkliche Deflexionslagen sind daher nur die Stirn- und Gesichtslagen, so wie die fixirte pathologische Scheitellage, da die Scheiteleinstellung sonst im Allgemeinen meist nur eine Übergangshaltung in die Hinterhauptslage darstellt; ähnlich wie die Scheiteleinstellung zur Hinterhauptslage verhält sich die Stirneinstellung zur Gesichtslage; es sind nämlich nur verschiedene Stadien ein und desselben Geburtsverlaufes. Läuft dieser normale Deflexionstypus nicht so ab, so präsentirt sich primär das Gesicht anstatt der Stirn auf dem Becken (nicht fixirte Gesichtseinstellung) oder die bewegliche Stirneinstellung wird im weiteren Verlauf zur fixirten Stirnlage, ohne in die betr. Gesichtslage überzugehen oder die innere Rotation bleibt aus. Im ersteren Falle liegt die Ursache in pathologischen Verhältnissen am Uterus oder am Kinde selbst, in den beiden letzten ist das Becken und sein Verhältnis zum Kindskopfe genau zu berücksichtigen.

Die Behandlung betreffend, geht Verf. hauptsächlich auf die Rektifikation der Deflexionslagen durch lageverbessernde Handgriffe ein, deren Indikationen er genauer präcisirt wissen möchte. Bei der Rektifikation handelt es sich in erster Linie darum, ob dieselbe noch möglich, d. h. ob nicht sowohl der Kopf vom Beckeneingang noch verschieblich, als vielmehr darum, ob eine Veränderung in der gegenseitigen Lage von Kopf und kindlichem Rumpf (Struma, Hemicephalus etc.) noch ausführbar ist; und zweitens, ob die Lageverbesserung sichere Vortheile bietet und einen günstigeren Geburtsverlauf in Aussicht stellt; denn in speciellen Fällen, z. B. beim platten Becken, bietet die Deflexionslage günstigere Bedingungen als die »sekundäre« und künstlich hergestellte Hinterhauptslage.

Die primäre Gesichtseinstellung über dem Becken setzt eine so außerordentliche Fixation des vorliegenden Theiles voraus, dass eine Rektifikation hier keine Chancen bieten würde; das Gleiche gilt von der Gesichtslage im Becken, nur die Stirneinstellung kann häufig eine Rektifikation mit dauerndem Erfolg zulassen. Während also die Gesichtslage eine exspektative Therapie erfordert und die primäre Gesichtseinstellung anstatt der Lageverbesserung in die sekundäre Hinterhauptslage zur prophylaktischen Wendung auffordert, ist die Rektifikation in die Hinterhauptslage nur indicirt bei der Stirneinstellung, falls sie nur eine Übergangseinstellung zur Gesichtslage darbietet; geht sie dagegen in die fixirte Stirnlage über, so tritt auch hier an Stelle der Rektifikation die prophylaktische Wendung oder die Überführung in die Gesichtslage.

Fünf Fälle beschließen die lehrreiche Arbeit.

1) 30jährige Ipara. Stirneinstellung; Rektifikation in die Schädellage nach vergeblich versuchter Wendung; spontane Geburt in zweiter Schädellage; lebender Knabe.

2) 26jährige IIpara. Stirneinstellung; Rektifikation in die Hinterhauptslage; spontane Geburt; lebender Knabe.

3) 45jährige Xpara. Stirneinstellung; versuchte Wendung wegen Fieber der Mutter und Meconiumabfluss; dieselbe missglückt, weil der Kopf aus dem unteren Uterinsegment nicht mehr zu verschieben ist; daher Rektifikation, doch der Kopf schnellt sofort in die ursprüngliche Deflexionshaltung, bis er, rektificirt, mit der Tarnier'schen Zange gefasst wird, mit der nach mehrfachem Abgleiten das Kind endlich tief asphyktisch extrahirt wird. Mädchen, stirbt einige Stunden post partum; neben entschiedener Dolichocephalie bot das Kind Struma und Hydrocephalus internus dar.

4) 26jährige Ipara. Fixirte Stirnlage, weil der Unterkiefer am rechten horizontalen Schambeinast sich festgehakt hatte; Rektifikation in die Gesichtslage; Zange an das tiefstehende Gesicht; lebendes Kind.

5) IIpara. Gesichtslage, im Ausgang, in erster Unterart, mit an der rechten Spina ischii eingehaktem Kinn; Degagement desselben; das Kinn tritt sofort nach vorn; spontane Geburt; lebendes Kind.

**Menzel** (Görlitz).

---

## 4) **Van Geuns** (Amsterdam). Über die Einwirkung des sog. Pasteurisirens auf die Milch.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1885. Th. II, p. 41. Med. chir. Rundschau 1886. Hft. 7.)

Das Pasteurisiren der Milch wurde mit dem Thiel'schen Apparat vorgenommen. Dieser besteht aus einem doppelwandigen Metallcylinder, in dessen Innenraum die zu pasteurisirende Milch über ein wellenförmig gebogenes Blech läuft und während dieser Zeit durch das umgebende, mit Wasserdampf erhitzte Wasser auf eine Temperatur von 75—85° C. erwärmt und sofort beim Auslaufen wieder auf 10—12° C. abgekühlt wird. Die vergleichenden Untersuchungen der so pasteurisirten Milch mit derselben, aber nicht pasteurisirten Milch ergaben, dass in der ersteren die Milchsäurebildung zwar nicht verhindert worden ist, dass aber doch die nicht pasteurisirte unter gewöhnlichen Umständen und unter gleichen Verhältnissen viel früher sauer zu werden beginnt; in der ersteren trat die erste schwache saure Reaktion erst am 3.—5. und 6. Tage ein; selbst wenn die Milch in eine für Gährungen günstige Temperatur gebracht wird, widersteht sie auffallend lange. Auf das Verhalten des Kaseïns hatte das Pasteurisiren keinen merklichen Einfluss.

Sehr wesentlich ist dagegen wieder die Einwirkung der Procedur auf das Verhalten gegen niedere Organismen. Eine sehr kurze Zeit dauernde, ja selbst momentane Erwärmung der Milch bis auf 80° C.

mit folgender plötzlicher Abkühlung genügt, um von den in der Milch enthaltenen Organismen, speciell von solchen, welche sich in Nährgelatine entwickeln, den weitaus größten Theil zu vernichten oder so weit zu schwächen, dass sie sich in der Milch erst späterhin oder nur bei sehr günstigen Temperaturverhältnissen wieder erholen, in der Nährgelatine dagegen unter Umständen gar nicht mehr zum Wachsthum gelangen. Der Geschmack der Milch soll durch das Pasteurisiren auch für feinfühlige Zungen nicht geändert werden. Der Verf. hebt die großen Vortheile dieser Methode hervor, für die Kinderernährung, wie für den Milchtransport.

**A. Mijnlieff** (Breukelen).

---

5) **Krul** (im Haag). Dr. Cornelis Solingen 1641—1687.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1885. No. 52.)

Der Verf., der als ein tüchtiger Forscher der Historia medica bekannt ist, giebt uns auf wenigen Seiten eine recht interessante Biographie des großen Chirurgen und Geburtshelfers Cornelis Solingen nebst einem kritischen Überblick seiner nachgelassenen Werke. Es enthält so viel Interessantes und Erhebendes, dass es Jeder, der für medicinisch-historische Studien eingenommen ist, mit großer Befriedigung betrachten wird. **A. Mijnlieff** (Breukelen).

---

## Kasuistik.

6) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 12. November 1886.

Vorsitzender: Herr Schröder. Schriftführer: A. Martin.

Verlesung der zur Aufnahme vorgeschlagenen Ärzte.

I. Demonstration von Präparaten.

1) Herr Orthmann demonstrirt a. ein durch die Laparotomie gewonnenes Myosarcoma uteri intraparietale.

Das Präparat stammt von einer 44jährigen Pat., die seit dem 15. Jahre regelmäßig, aber meist sehr stark menstruirt war. Pat. giebt an, seit ca. 10 Jahren leidend zu sein; namentlich hat Pat. in den letzten 3 Jahren an sehr hochgradigen Schmerzen im Kreuz und Unterleib gelitten, daneben war eine allmähliche Zunahme des Leibes wahrzunehmen; die profusen Blutungen wurden mittels ca. 130 Ergotin-Injektionen gestillt, so dass dieselben seit Januar 1885 vollkommen ausblieben.

Bei der Untersuchung wurde die Diagnose auf Myoma uteri gestellt und am 29. Oktober a. c. von Herrn A. Martin die Laparotomie vorgenommen. Nach Stillung der zum Theil ziemlich heftigen Blutung aus den straff gespannten Ligamenten wurde der Uterus supravaginal amputirt. Ein Theil des mit dem an der Oberfläche sehr morschen Tumor verwachsenen Netzes wurde abgebunden und eine an der hinteren Beckenwand in der Gegend der Linea innominata dextr. gelegene degenerirte und theilweise vereiterte Drüse stumpf herausgelöst. Drainage; Dauer der Operation: 58 Minuten.

Das vorliegende Präparat wiegt 3550 g; die ganze vordere Wand des Uterus wird von einem rundlichen, ca. 20 cm im Durchmesser fassenden Tumor eingenommen, der in den oberen Partien zum Theil eitrig zerfallen ist; die Konsistenz ist von ziemlich weicher, teigiger Beschaffenheit. Auf frischen Schnittflächen sieht man deutlich, dass der Tumor aus zwei verschiedenen Gewebsarten besteht, von denen die eine von gelblichweißer, faseriger, die andere von milchiger, glasig

durchscheinender, homogener Beschaffenheit ist. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt denn auch, dass es sich um ein Myosarkom handelt.

Diesem großen Tumor sitzt nach oben zu noch ein stark faustgroßer Tumor von sehr weicher Konsistenz auf, welcher ein reines, kleinzelliges Rundzellensarkom repräsentirt; an dieses reiht sich dann noch nach rechts hin ein ebenfalls faustgroßes, subseröses Fibromyom. Die Uterushöhle liegt ganz nach hinten und hat eine Länge von 15 cm; die Schleimhaut ist atrophisch.

Die Pat. hat bis jetzt eine glatte Rekonvalescenz durchgemacht, mit einer zweimaligen Temperatursteigerung; das erste Mal nach Verabreichung eines Klysma und das zweite Mal nach Entfernung des Drain.

b. Ein primäres Carcinoma papillare tubae dextrae, verbunden mit Ovarialabscess.

Es handelt sich um eine Frau von 46 Jahren, welche seit dem 19. Jahre regelmäßig menstruirt ist und zwar meist sehr stark, namentlich in der letzten Zeit. Pat. war 3 Jahre lang verheirathet, hat nie geboren; letzte Menses vor 3 Wochen. Pat. klagte über starke Schmerzen und Anschwellung des Leibes; früher hat Pat. ca. $^3/_4$ Jahr lang an an Incontinentia urinae gelitten und vor 3 Monaten einen Typhus durchgemacht; im Anschluss an letzteren will sie das Auftreten von Knollen im Leibe bemerkt haben. Bei der Untersuchung fand sich rechts vom Uterus ein demselben fest aufsitzender, ca. kindskopfgroßer Tumor von unebener Oberfläche und ziemlich derber Konsistenz; links und etwas hinter dem Uterus fühlte man einen kleineren, ziemlich weichen Tumor. Am 11. November machte Herr A. Martin die Laparotomie. Der rechts vom Uterus gelegene Tumor wurde in situ punktirt und entleerte ca. $1^1/_2$ Liter grünlichen Eiters; einzelne mit demselben verwachsene Darmschlingen ließen sich ziemlich leicht lösen. Nach vollkommener Entleerung und Freilegung des Tumors wurde der Stiel unterbunden und der Tumor exstirpirt. Der hinter und links vom Uterus gelegene Tumor erwies sich als ein abgesackter Hydrops Peritonei; die Höhle enthielt helle seröse Flüssigkeit und wurde nach der Scheide hin drainirt. In der Bauchhöhle befand sich außerdem eine geringe Menge von Ascites. Dauer der Operation: 32 Minuten.

Der exstirpirte Tumor besteht aus der sehr stark verdickten und geschlängelten Tube und zwei Eiterhöhlen. Die Tube nimmt gleich hinter dem Ostium uterinum bedeutend an Umfang zu, so dass der Durchmesser eine Stärke von über 3 cm hat; das Lumen erweitert sich ebenfalls schon dicht hinter dem uterinen Ende und nimmt nach dem Ostium abdominale an Weite zu; das Ostium abdominale kommunicirt durch eine ca. 1,0 cm im Durchmesser fassende Öffnung mit einer über faustgroßen Höhle, welche mit Eiter gefüllt war und ziemlich dicke Wandungen hat; an diese schließt sich eine zweite, mit der ersten nicht kommunicirende, etwas kleinere Höhle an. Was nun die Tube anbetrifft, so bemerkt man schon im ersten Drittel derselben an der Innenfläche kleine papilläre Wucherungen, welche von sehr weicher Beschaffenheit sind und nach dem Ostium abdominale zu an Zahl und Umfang bedeutend zunehmen, so dass sie fast das ganze Lumen der Tube am abdominalen Ende ausfüllen; mikroskopisch bestehen dieselben aus einem bindegewebigen Stroma, welches zahlreiche Nester von epithelialen Zellen einschließt; hin und wieder sieht man auch deutliche Epithelzapfen in das Bindegewebe hineinwuchern, so dass wir es also in dem vorliegenden Fall offenbar mit einem von der Tubenschleimhaut ausgehenden Carcinom zu thun haben.

2) Herr Langner demonstrirt:

a) Ein Abortivei, welches etwa aus der 7. Schwangerschaftswoche stammt. Dasselbe ist in toto erhalten ohne Decidua. Es stammt von einer 34 Jahre alten Pat., welche wegen heftiger, durch die zurückgebliebene Decidua veranlasster Blutungen in die Martin'sche Poliklinik kam. Sie gab an, dass sie vor einigen Tagen abortirt habe und dass sie das Ei aufbewahrt habe. Es wurde die Auskratzung des Uterus gemacht und als L. später die Pat. besuchte, übergab sie ihm das hier vorliegende Ei. Dasselbe ist etwa so groß wie ein Hühnerei, am größten Theil seines Umfanges mit dichten Chorionzotten besetzt, durch das Chorion laeve hindurch sieht man den etwa 3 cm langen Fötus.

b) Einen Tumor der linken Mamma, der sich als Carcinom erwies. Er zeichnet sich durch seine Größe aus und dadurch, dass er sehr langsam gewachsen ist; er wiegt 3500 gr, ist 28 cm lang und 22 cm breit. Er stammt von einer 49 Jahre alten Pat., die zuerst in ihrem 18. Jahre einen kleinen Knoten in der linken Brust bemerkt haben will. Derselbe ist sehr langsam gewachsen, dann ist er eine Zeit lang gleich groß geblieben, um in den letzten Jahren sehr schnell an Größe zuzunehmen. Auf der Stelle der Mammilla befindet sich eine etwa handtellergroße, exulcerirte Fläche. Es wurde durch Herrn Martin die Amputatio mammae vorgenommen. Die Pat. ist ohne Zwischenfall genesen. Die mikroskopische Untersuchung hat ergeben, dass es sich um einen Scirrhus mammae handelt.

3) J. Veit legt mehrere Gefrierschnitte durch das weibliche Becken vor, die er mit freundlicher Bewilligung von Herrn Geh. Rath. Waldeyer angelegt hat. Er wollte durch dieselben genau bestimmen, wie die Form der Beckenhöhle in den einzelnen Theilen durch die Weichtheile alterirt würde. Zu diesem Zweck wurde das Becken zuerst median zersägt und dann genau senkrecht hierzu in der Ebene des Beckeneingangs, der Beckenweite und Beckenausganges Schnitte gelegt. Von der Ansicht ausgehend, dass für den Mechanismus partus die Beckenweite wahrscheinlich von geringerer Bedeutung sei, legte er dann auf der anderen Seite einen Schnitt durch den unteren Rand der Symphyse, parallel zum Beckeneingang und endlich einen letzten zur Kenntnis der Weichtheile des Beckenboden von der Symphyse nach dem Mastdarm zu.

4) Herr Benicke legt 2 Ovarien vor, die er durch Kastration entfernt hat. Die Krankengeschichte der Pat. ist in mancher Beziehung interessant. Pat. ist 25 Jahre alt, heirathete mit $17\frac{1}{2}$ Jahren, gebar drei lebende Kinder. Seit der ersten Entbindung litt sie an sehr profusen Menses, wodurch sie mehr und mehr herunterkam. Nach mehrmaligen vergeblichen Auskratzungen des Uterus wurde vor 3 Jahren die Portio amputirt. Darauf schwanger geworden, abortirte sie im 5. Monat. Die Blutungen dauerten an, trotzdem noch 2mal ausgekratzt wurde. Im Frühjahre dieses Jahres wurde anscheinend in sehr energischer Weise Ferrum candens angewandt und Pat. in ein Soolbad geschickt. Wenn schon früher stets heftige Schmerzen bei der Periode waren, so nahmen jetzt die Schmerzen überhand, die Blutungen wurden nicht geringer. Im September folgender Zustand: Blasses, mageres Individuum Scheide weit, an Stelle der Portio eine feste narbige Einziehung. Uterus normal, beweglich. Eine Sonde kann man nicht in den Uterus einführen. Auch in der Narkose gelingt es nicht, ganz feine Sonden durch die narbige Striktur zu führen. Bei der nächsten Periode, Anfang Oktober, die wieder profus unter den heftigsten Schmerzen eintrat, sah man das Blut an einer Stelle der Striktur durchsickern, auch jetzt lässt sich keine Sonde durchführen. Wegen dieser Beschwerden Kastration am 20. Oktober. Operation verlief ohne Schwierigkeit, das rechte Ovarium normal groß, das linke ziemlich um das Doppelte vergrößert. Die Rekonvalescenz wurde gestört durch heftiges Erbrechen, das 9 Tage lang anhielt. Schon früher hatte Pat. viel an Erbrechen gelitten. Am 3. Tage sank die Temperatur bis auf 35°, stieg allmählich auf 37°, höchste Temperatur 37,8. Am 5. und 6. Tage geringer Blutabgang aus der Vagina. Die Bauchwunde heilte gut, am 14. Tage wurden die Nähte entfernt, am 16. verließ Pat. das Bett. Die Anfang November erwartete Periode ist ausgeblieben. Die Indikation zur Kastration gaben die profusen Blutungen, denen wegen der Narbenstenose nicht anders beizukommen war und die durch die Stenose verursachten sehr heftigen dysmenorrhoischen Beschwerden.

Sodann legt Herr Benicke ein Stück Netz vor, das er bei einer Laparotomie entfernt hat. Pat. ist 48 Jahre alt, hat 2mal vor 24 und 23 Jahren geboren, dann noch 9mal abortirt. Seit einem Jahre bemerkte Pat. ein Stärkerwerden des Leibes, dabei traten Schmerzen im Leibe auf und die Kräfte schwanden mehr und mehr. Die erste Untersuchung im Mai ergab hochgradigen Ascites. Hinter der Portio empfindliche Resistenzen. Keine Ödeme. Urin normal. Herztöne rein. Keine Ursache des Ascites nachzuweisen. Am 9. Juni, 3. Juli und 8. September wurde punktirt und jedes Mal 8—9 Liter einer klaren hellgelben Flüssigkeit entleert. Bald wieder von Neuem starke Ansammlung. Zur Sicherstellung der Diagnose und im

Hinblick auf die Fälle von Tuberkulose des Peritoneum, wo nach der Laparotomie längerer Stillstand des Processes erzielt wurde, am 13. Oktober Laparotomie. Peritoneum, so weit sichtbar, normal. Dagegen das Netz pathologisch verändert, zeigt derbe Knoten und ist besetzt mit polypenförmigen Auswüchsen. Diese Neubildungen gehen tief hinab auch auf das Mesenterium, im Douglas'schen Raum auch polypöse Wucherungen zu fühlen. Uterus normal. Nach Einstreuen von Jodoform in die Bauchhöhle wurde die Wunde wieder geschlossen, da an eine totale Entfernung der Neubildung nicht zu denken war. Heilung ohne Zwischenfall. Pat. verließ am 15. Tage das Bett. Bis jetzt kann man mit dem Resultat zufrieden sein. Bei der heutigen Untersuchung fand sich der Leib weich, keine Flüssigkeitsansammlung, der Kräftezustand ist ein befriedigender.

Die von Herrn C. Ruge ausgeführte Untersuchung des excidirten Stückes hat ergeben, dass es neben entzündlichen und fibrösen Stellen eine Anzahl kleiner warziger Exkrescenzen enthält, die im Gewebe und an der Oberfläche liegen, papillären Bau haben, mit Cylinderepithel bedeckt sind, große Gefäße tragen. Daneben viele rundliche und konglomerirte Kalkkörperchen. Herr Ruge meint, dass diese Dinge ohne Zweifel von einem papillären Ovarialtumor stammen. Ein Tumor wurde während der Operation nicht gefunden, jedoch sind, bevor ich die Pat. sah, Symptome beobachtet worden, die auf eine Ruptur eines Ovarialtumors bezogen werden könnten.

5) Herr Winter demonstrirt: a) einen puerperalen Uterus aus dem 5. Monat mit lokaler Gangrän der hinteren Uteruswand. Derselbe stammt von einer ledigen Primipara, bei der die socialen Verhältnisse den Verdacht eines kriminellen Aborts sehr nahe legten; dieselbe war plötzlich mit Leibschmerzen und Erbrechen erkrankt; 24 Stunden nach Beginn der Erkrankung wurde die Frucht spontan ausgestoßen; die äußerst übelriechende Placenta musste manuell entfernt werden; bald darauf trat unter den Erscheinungen der allgemeinen Peritonitis der Tod ein. Die Autopsie bestätigte diese Diagnose und ergab außerdem am Uterus einen höchst merkwürdigen Befund. Der Uterus ist in seiner vorderen Wand gesund, aber oberhalb der Abgangsstellen der Tuben ist die hintere Wand gleichmäßig verdickt und aufgelockert und ist sie in der Mitte dieses Tumors circumscript in gut Fünfmarkstückgröße gangränös zerfallen, so dass eine vollständige Durchlöcherung der Uteruswand hier besteht; eine Demarkation ist noch nicht sichtbar. Augenscheinlich ist bei dem Versuch zum kriminellen Abort an dieser für die Verletzung mit einem Instrument relativ leicht zugänglichen Stelle das Virus in die Uteruswand selbst deponirt, hat dort zur akuten gangränescirenden Metritis und zur sekundären Perforation derselben geführt. Die mikroskopische Untersuchung der Wand ergab hier an den äußeren Schichten eine stark ödematös aufgelockerte Muskulatur mit gut erhaltenen Zellen, während nach dem Centrum der gangränösen Stelle die Muskulatur zerfallen ist. Wie ein aufgestelltes mikroskopisches Präparat ergiebt, zeigen sich im Gewebe, ungefähr in der Mitte zwischen diesen beiden Zonen, massenhafte Ansammlungen von Mikroorganismen; welcher Art sie angehören, lässt sich mikroskopisch nicht entscheiden, doch spricht das vorwiegende Vorhandensein großer Bacillen für soprophytische Fäulnisorganismen, welche in dem todten Gewebe Terrain für ihre Entwicklung gefunden haben.

b) Den Gefrierdurchschnitt durch einen im 4. Monat abortirenden Uterus, welcher gerade im Begriff ist die Placenta auszustoßen. Derselbe stammt ebenfalls von einer jungen Primipara, welche mit der Diagnose der allgemeinen Peritonitis und dem Verdacht auf kriminellen Abort in die Klinik aufgenommen wurde; dieselbe war schon seit 4 Wochen an peritonitischen Symptomen, mit mehrfachen schwereren Nachschüben krank; einige Tage nach ihrer Aufnahme traten mit der Verschlimmerung des Allgemeinbefindens Wehen ein und im Abort begriffen starb Pat. Die Sektion bestätigte nur die Diagnose der allgemeinen eitrigen Peritonitis, deren Ausgangspunkt nicht in den Genitalien, sondern in der Perforation des Wurmfortsatzes lag. Im kleinen Becken hat sich in der Nähe desselben ein großer Abscess mit exquisit fäkulent riechendem Eiter abgekapselt und außerdem war das ganze Peritoneum diffus entzündet und zeigte multiple kleine Abscesse zwischen

den Darmschlingen. Da es sich also nicht um eine infektiös entstandene, sondern um eine reine Darmperforationsperitonitis handelte, war es interessant diese relativ gutartigeren Mikroorganismen als Erreger der Peritonitis aufzufinden. Abscesseiter und Baucheiter ergaben mikroskopisch ein buntes Bild allerlei Arten von Kokken und Bacillen, während die Züchtung aus beiden nur je einen und zwar denselben Organismus, ein kurzes schlankes Stäbchen, ergab. Dieser Widerspruch von Züchtung und mikroskopischem Bild erklärt sich dadurch, dass die Darmbakterien zum größten Theil Anaeroben sind und sich bei unserm gewöhnlichen Züchtungsverfahren bei Sauerstoffzufuhr nicht entwickeln. Das Präparat wurde durch Gefrierenlassen und Durchsägen des Uterus gewonnen und zeigt denselben gerade in dem Moment, wo die Placenta eben unter dem Kontraktionsring ausgestoßen ist, während die frischtodte Frucht in der Scheide lag. Interessant ist, dass schon hier im 4. Monat, wohl in Folge des größeren Widerstandes im Cervix der Erstgebärenden ein sehr deutliches, beträchtlich verdünntes unteres Uterinsegment sich ausgebildet hat. Der Uterus ist sehr groß, seine Wandung 3 cm dick und zeigt reichliche und strotzend gefüllte Gefäße; unterhalb des deutlich sichtbaren Kontraktionsringes liegt das verdünnte untere Uterinsegment, dessen vordere Wand 5 cm lang ist; die hintere Wand ist noch viel mehr ausgezogen und ist 9,5 cm lang; die hintere Lippe ist, wahrscheinlich durch den untersuchenden Finger, etwas nach oben umgestülpt. Die Placenta liegt, genau wie bei der ausgetragenen Geburt ausgestoßen, im unteren Segment, während die Eihäute noch theilweise im Uterus adhärent sind.

II. Herr J. Veit hält seinen angekündigten Vortrag über »kriminellen Abort«, der demnächst anderweit publicirt werden wird.

In demselben macht er auf die Schwierigkeiten, die sich der Bestrafung der Schuldigen entgegenstellen, aufmerksam und empfiehlt zu ernster Überlegung, ob es nicht zweckmäßig sei, die Schwangere, an der der Abortus eingeleitet wird, straffrei zu machen, um einen Belastungszeugen zu haben, ob es ferner nicht richtig sei, unter diesen Umständen eine gewisse Anzeigepflicht der Ärzte einzuführen und er räth endlich die Unterdrückung der Annoncen an, in denen Hebammen, wenn auch verblümt, hierzu sich erbieten.

---

7) **Chas. E. Jennings.** Totalexstirpation.

(Lancet 1886. Mai 1.)

Verf. giebt ein kurzes Résumé der ihm bekannten Methoden der vaginalen Exstirpation, deren Indikationen und Resultate; insonderheit berücksichtigt er die deutschen Autoren. Die Operation gestaltet sich in Verf.s Händen in der Weise, dass er entweder eine Cirkumcision der Portio oder 2 halbkreisförmige Incisionen der Vaginalschleimhaut macht. Sodann schält er, nachdem die Blutung gestillt ist, den Uterus aus dem Peritoneum heraus, so dass also eine trichterförmige Höhle zurückbleibt. Mit Hilfe eines katheterähnlichen Instruments führt er einen Seidenfaden über den Fundus uteri, schiebt alsdann den Faden seitwärts, so dass beim Knoten desselben von der Vagina aus die Ligamenta lata auf der einen Seite mittels dieses Fadens dicht am Uterus umschnürt werden. Der Uterus wird in situ ausgenommen.

Ferner bespricht Verf. eingehend die Ätiologie des Carcinoms des Uterus überhaupt ohne speciell die einzelnen Formen von einander zu trennen, erwähnt die Erblichkeit und dass sowohl luetische wie katarrhalische Geschwüre eine Quelle für Carcinombildung abgeben können.

Zum Schluss hebt Verf. hervor, dass die vaginale Exstirpation des ganzen Uterus, wenn frühzeitig gemacht, bei beginnendem Carcinom dazu geeignet ist, manches Menschenleben zu retten. **Düvelius** (Berlin).

8) **Carlet** (Paris). Die elektrische Behandlung der Uterusmyome.

Paris, **Octave Doin,** 1884.

Verf. berichtet über 94 Myome, welche innerhalb zweier Jahre in der Klinik des Dr. Apostoli und nach des Letzteren Methode mit dem konstanten Strom

behandelt wurden. Sie führt nach ihm eine rapide Verkleinerung der Tumoren herbei, befreit die Pat. vollständig von ihren Schmerzen und beseitigt die Blutungen. Sie ist durchaus ungefährlich und daher die beste Methode der Behandlung von Myomen.

Diese günstigen Resultate wurden erzielt durch Applikation sehr starker Ströme (bis 100 Milliampères) von 5 bis 10 Minuten Dauer und intra-uterine Einführung eines Pols, des positiven bei Blutungen, des negativen bei Dysmenorrhoe, komplicirender chronischer Perimetritis und überhaupt, um eine schnellere Verkleinerung der Myome zu erzielen.

Die intra-uterine Elektrode hatte die Form einer Uterussonde, war aus Platin hergestellt und für die intra-vaginale Partie mit einer Kautschukhülle umgeben. Bei Unzugänglichkeit des Cervikalkanals wurde sie durch einen Trokar ersetzt und direkt in die Uterussubstanz eingestoßen. Die Bauchhaut wurde durch einen feuchten Thonkuchen vor Verbrennung durch die äußere Elektrode bewahrt. Die Zahl der Sitzungen schwankte zwischen 4 und 30. Besonders prompt, schon nach den ersten Sitzungen, war die hämostatische Wirkung derselben in Folge des gebildeten Ätzschorfes. Mehrfach wurde auch ein starker wässriger Ausfluss konstatirt mit gleichzeitiger bedeutender Verkleinerung der Tumoren und der Länge des Uteruscavum. Bei vorsichtiger Einführung der intra-uterinen Elektrode war die ganze Procedur absolut schmerzlos und ohne üble Folgezustände.

Wenn auch Ref. sich bei manchen Fällen, in denen eine Verlängerung der Uterushöhle nicht bestand und ein kleines interstitielles Myom diagnosticirt wurde, des Eindrucks nicht erwehren kann, dass es sich wohl nur um Metritis und Endometritis gehandelt haben möge, so fordern doch die erzielten Resultate, zumal da auch auf chirurgischem Gebiete die Elektrolyse bei Struma und Geschwülsten des Nasenrachenraumes günstige Erfolge aufzuweisen hat, zu einer weiteren Fortsetzung und Prüfung dieser Behandlungsmethode entschieden auf.

**Dührssen** (Berlin).

9) **Vallas** (Lyon). Subperitoneales Fibromyom des Uterus.

(Lyon méd. 1886. Februar 21.)

Die 45jährige Frau bemerkte den Tumor bereits seit 10 Jahren; er war stets leicht nach allen Richtungen hin beweglich gewesen. Exstirpation machte sich schließlich nothwendig durch heftige Schmerzanfälle, durch Überhandnehmen von Verdauungsstörungen, in Folge der Größe des Tumors und durch zunehmende Entkräftung der Kranken. Die Diagnose schwankte zwischen einem Fibrom des Ovariums — es fehlte Mitbewegung des Uterus, Vergrößerung des Uterus und Blutungen — und subperitonealem Fibrom des Uterus.

Incision bis 6 cm über dem Nabel. Tumor in der Hauptmasse frei von Adhäsionen; dagegen von oben erstens das Epiploon mit kleinfingerdicken Gefäßen fest am Tumor adhärent, und zweitens eine 14 cm lange Schlinge des Dünndarmes sammt zugehörigem Mesenterium. Beim Versuche, die letztere abzutrennen, trat eine so heftige Blutung ein, dass der Operateur (Poncet) vorzog, die ganze 14 cm lange Darmschlinge mit Mesenterium zu reseciren. Lambert'sche Vereinigung (Tumor 5 kg 800 g). Der Geschwulststiel in 2 Portionen unterbunden versenkt. 8 Stunden nach der Operation hat sich Pat. noch ganz wohl befunden; später —?

**Zeiss** (Erfurt).

10) **A. B. Atherton** (Toronto). Hysterektomie bei kolossalem Fibroid.

(Amer. journ. of obstetr. 1886. August. p. 804.)

Die 35jährige Frau leidet seit Jahren an starken Menorrhagien und intercurrenten Anschwellungen der unteren Extremitäten. Der Umfang des Leibes am Nabel beträgt 51 Zoll. Die ödematösen Bauchdecken reichen bis zu den Knien herab, die Beine sind stark angeschwollen, die Kranke hochgradig abgemagert. Die Geschwulst ist in ihren oberen Partien weich und zeigt scheinbar Fluktuation. Sonde dringt acht Zoll ein. Urin frei von Eiweiß. Da Ergotin lange Zeit ohne Erfolg gegeben worden war, so wird die Operation beschlossen. Bei derselben fanden sich ausge-

dehnte Verwachsungen der Geschwulst mit der vorderen Bauchwand, so dass die sehr ausgedehnte Art. epigastrica zur Ernährung der Geschwulst beigetragen hat. Starke Blutung bei Lösung der Adhäsionen. Eine starke Gummiröhre wird mehrmals um den Gebärmutterhals gelegt und zugeschnürt, die Geschwulst darüber abgeschnitten und der Stumpf mit Etagennähten vereinigt. Bei Lösung des Schlauches starke Blutung, so dass die Drahtschlinge des Koeberlé'schen Instrumentes um den Stumpf geführt und nach außen geleitet wird. Die Operation dauerte vier und eine halbe Stunde. Das Gewicht der Geschwulst betrug 65 Pfund. Heilung. A. schlägt vor in Fällen von Hysterektomie zuerst durch eine vorläufige Operation den Cervikalkanal zu schließen und diesen Weg der Infektion zu versperren. **Engelmann** (Kreuznach).

### 11) **Hillischer** (Wien). Über die allgemeine Verwendbarkeit der Lustgas-Sauerstoffnarkosen in der Chirurgie.

Wien, Hofbuchhandlung **W. Frick**, 1886.

Verf. hat 917 Narkosen mit einer Mischung von Stickstoffoxydul $N_2O$ und Sauerstoff (10%—15% der Mischung) ausgeführt. Auf Grund der günstigen Erfolge bei denselben plaidirt er für eine Ersetzung des Chloroform durch diese von ihm Schlafgas genannte Mischung auch bei den längstdauernden chirurgischen Operationen und Entbindungen. Da die längste seiner Narkosen nur 75 Sekunden Dauer hatte, so sind sie zu einer Vergleichung über den Werth der verschiedenen Narkosen nicht zu gebrauchen. Erst eine Versuchsreihe, bei der die Schlafgasnarkosen eine mehrstündige Dauer erreichen, wird brauchbare Anhaltspunkte zur Vergleichung bieten. **Dührssen** (Berlin).

### 12) **Hirschberg.** Drei Fälle von akuter gelber Leberatrophie.

Inaug.-Diss., Dorpat., 1886.

1) 26jährige Nullipara; Menstruationsverhältnisse normal; kommt wegen Ikterus und lästigem Hautjucken in die medicinische Klinik; der Untersuchungsbefund ergiebt neben allgemeinem Ikterus Milzvergrößerung und eine abnorme Leberdämpfung; dieselbe beginnt in der Mammillarlinie im 5. Interkostalraum und reicht bis zum oberen Rande der 10. Rippe. Leber nicht druckempfindlich. Sensorium frei. Urinmenge gering. Einen Tag nach der Aufnahme tritt Erbrechen ein. Pat. verfällt in einen soporösen Zustand und stirbt 4 Tage nach der Reception. Die Leberdämpfung reichte einen Tag ante mortem nur bis zum oberen Rand der 9. Rippe in der Mammillarlinie.

Anatomische Diagnose: Ikterus, Hepatitis parenchymatosa acuta mit Verkleinerung des Organes. Trübung der Nieren, des Herzfleisches und der Körpermuskulatur. Multiple Hämorrhagien. Frischer Milztumor. Hyperämie und Ödem der Lungen.

Die mikroskopische Untersuchung gehärteter (Alkohol) Leberstücken ergab die Erscheinungen der albuminösen und fettigen Degeneration der Leberzellen; in anderen Stellen der Leber war von Leberzellen nichts oder wenig mehr wahrzunehmen, während in einer dritten Reihe von Präparaten mit ziemlicher Bestimmtheit Regenerationsvorgänge konstatirt werden konnten, welche eine Neubildung von Leberzellen aus den gewucherten Gallenkanälen erkennen ließen. Doch auch diese regenerirten Zellen wiesen ebenfalls schon, wenn auch relativ geringere degenerative Processe auf. Diese drei von einander verschiedenen mikroskopischen Bilder entsprechen makroskopisch den orangegelben, den tief dunkelroth atrophischen und den graurothen Leberpartien.

2) 25jährige Frau; einmal abortirt, im 4. Monate (Zwillinge); bis zum Abort bestand lebhaftes Erbrechen. $^3/_4$ Jahr darauf Eintritt einer neuen Schwangerschaft, in deren zweiten Monat wiederum Erbrechen auftrat, welches durch Cerium oxalicum und die Copeman-Dilatation des Cervix nur vorübergehend bekämpft werden konnte — Cocain hatte gar keinen Erfolg —, bis endlich der künstliche Abort im 4. Monat (wiederum Zwillinge) das Erbrechen definitiv koupirte. Einen Tag post abortum arteficialem trat Ikterus auf, welcher nach 48 Stunden zum Exitus führte.

Am letzten Lebenstage stellten sich noch Blutungen aus der Nase, dem Zahnfleisch und der Blase komplicirend ein. Sepsis ausgeschlossen.

Anatomische Diagnose (nur Bauchsektion): Status puerperalis rectus. Ikterus. Akute gelbe Leberatrophie; frischer Milztumor. Multiple Ecchymosen und Hämorrhagien. Chronische interstitielle und akute parenchymatöse Nephritis.

Merkwürdig erscheint hier der Anschluss der akuten gelben Leberatrophie an das unstillbare Erbrechen.

Der mikroskopische Befund war hier derselbe wie im Fall 1, nur handelte es sich hier um ein früheres Stadium, da nirgends in dem Leberparenchym Partien auffindbar waren, welche regenerative Vorgänge erkennen ließen. Bemerkenswerth war in den Nieren der Befund von Hämoglobinmassen oder Anhäufungen aus dessen Derivaten im Lumen der Harnkanäle.

3) 18jähriges Dienstmädchen, welches wegen Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Schmerzen im Unterleibe und galligem Erbrechen die poliklinische Hilfe in Anspruch nimmt; nachdem sich 24 Stunden nach Eintritt in ärztliche Beobachtung Ikterus eingestellt hat, geht Pat. nach wiederum 24 Stunden komatös zu Grunde; während der Beobachtungszeit wurde der untere Leberrand stets in der Mammillarlinie unter dem Rippenbogen gefühlt.

Anatomische Diagnose: Hepatitis acuta parenchymatosa, Nephritis und Myocarditis acuta parenchymatosa. Gastroadenitis acuta parenchymatosa. Frischer Milztumor. Multiple Hämorrhagien. Lungenödem.

In Anbetracht der kaum merklichen Verkleinerung der Leber, so wie der Trübung der drüsigen Apparate der Magenschleimhaut lag der Verdacht einer Phosphorvergiftung nahe; allein von Prof. Dragendorff daraufhin gerichtete Untersuchungen konnten weder Spuren von Phosphor, noch von Arsenik und Antimon nachweisen.

Das Mikroskop weist auch hier eine sehr ausgiebige albuminöse und vorzugsweise fettige Degeneration der Leberzellen und der kleinsten interlobulären Gallengänge auf. Die interlobulären Bindegewebszüge sind gleichzeitig verbreitert und lassen Wucherungen von Gallenkanälen erkennen.

Im Résumé der drei vorangestellten Fälle kommt H. auch auf die Zeit und die Ursachen des Eintretens der Leberverkleinerung zu sprechen und glaubt annehmen zu dürfen, dass in vielen Fällen dieselbe Folge des Zerfalles und der Resorption der Leberzellen sei, dass aber manchmal die Resorption weit fortgeschritten sein kann, bevor der Collaps der Leber eintritt. Der Schwund der Leberzellen kann zu einer Dilatation der Kapillarbahnen führen und erst im Moment des behinderten Blutzuflusses, der aus irgend welcher Ursache beeinträchtigt sein kann, tritt die Verkleinerung ein und diese letztere scheint nach Verf.s Ansicht sich erst in der Agonie einzustellen.

Die am Schlusse angefügten Bemerkungen über Ätiologie und Symptomatologie der akuten gelben Leberatrophie geben keinen tieferen Einblick in die dunklen Verhältnisse dieser Krankheit und enthalten Bekanntes.

**Menzel** (Görlitz).

13) **Gürtler.** Mortalitäts-Statistik der Breslauer geburtshilflichen Klinik vor und nach Einführung der antiseptischen Behandlung.

Inaug.-Diss., Breslau, 1886.

Nachdem Eingangs die Desinfektionsmaßregeln und die prophylaktischen Maßnahmen, wie sie in der Klinik zur Ausführung gebracht werden, so wie die ungenügenden hygienischen Verhältnisse der Anstaltsräume geschildert sind, geht Verf. auf das eigentliche Thema seiner Arbeit über.

Seine Statistik umfasst den Zeitraum von 38 Jahren (1. April 1848 bis 1. April 1886) mit 10534 Geburten und einer Mortalität an Puerperalfieber von 1,74 % im Mittel. Vor dem Jahre 1875, wo das antiseptische Verfahren zuerst angewendet wurde, betrug die Mortalität im Durchschnitt 2,25 %, nach diesem Jahre dagegen nur 0,79 %.

Von den 183 an Puerperalfieber Gestorbenen waren 73 (39,67 %) mittels Kunsthilfe entbunden worden.

Die Anzahl der Erstgebärenden unter den Gestorbenen ist fast noch einmal so groß, wie die der Mehrgebärenden; sie beträgt bei ersteren 65,87 %, bei letzteren 34,13 %.

Die Geburtsdauer, über welche bei 79 Fällen genauere Angaben vorliegen, belief sich bei Erstgebärenden mit normalem Becken im Mittel auf 17 Stunden; bei solchen mit engem Becken im Mittel auf 43 Stunden; bei Mehrgebärenden auf 14 resp. 28 Stunden.

Beckenenge wurde unter den 183 an Puerperalfieber Gestorbenen 47mal, also 25,82 %, beobachtet.

Die Häufigkeit der Sterblichkeit in den verschiedenen Jahreszeiten betreffend, so konnte ein Steigen derselben im Winter und ein Sinken im Sommer konstatirt werden, was mit Recht aus der größeren Frequenz der Entbindungshäuser in der schlechten Jahreszeit, der intensiveren Benutzung des Materials zum Unterricht während der letzteren und aus der größeren Schwierigkeit, im Spätherbst und Winter die hygienischen Kautelen streng durchzuführen, erklärt wird.

Von 67 Fällen sind genaue Angaben über die Zeit, in welcher die Infektion erfolgte, vorhanden.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Bei 16 Fällen | 16,4 % | war die Infektion | vor der Geburt, | |
| - 9 - | 14,75 % | - - - | während der Geburt, | |
| - 17 - | 28,0 % | - - - | am 1. Tage, | |
| - 11 - | 18,0 % | - - - | - 2. - | |
| - 6 - | 9,84 % | - - - | - 3. - | |
| - 8 - | 13,11 % | - - - | - 4.—8. - | nach der Geburt |

nachzuweisen.

Eine sehr instruktive Kurve, welche die statistischen Verhältnisse der einzelnen Jahre sehr deutlich veranschaulicht, beschließt obige Arbeit.

**Menzel** (Görlitz).

### 14) Wermann. Ein Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus completus.

(Virchow's Archiv Bd. CIV.)

In die Meinert'sche Klinik in Dresden kam ein 18jähriges Mädchen wegen Verhaltung der Menses; eine oberflächliche Untersuchung täuschte zuerst eine einfache Gynatresie vor, während eine genaue, in Narkose vorgenommene Exploration folgenden Befund erheben ließ:

Äußere Genitalien erscheinen vollkommen weiblich; Clitoris 2 cm lang, Glans undurchbohrt, Praeputium und Frenulum wohlgebildet, Harnröhrenmündung normal gelagert, dahinter der normale Scheideneingang, atretische 6 cm lange, blindendende Vagina, vollkommener Mangel eines Uterus, der Tuben und Ovarien. Von dem oberen, blinden Scheidenende sind 2 feine Stränge zu fühlen, welche von der Stärke einer Stricknadel, seitlich divergiren und sich nach oben ins Becken fortsetzen. Dicht oberhalb der horinzontalen Schambeinäste 2 rundliche, elastische und bewegliche Körper, welche leicht in die großen Schamlippen hineingedrückt werden können; sie sind von Taubeneigröße, von eiförmiger Gestalt und weisen eine länglich geformte Anschwellung auf, von der jederseits ein deutlich fühlbarer Strang ausgeht, der sich in die Beckenhöhle verfolgen lässt; auch wurde aus der Vagina eine Ergießung einer zähen, weißlichgelben Flüssigkeit, die aber keine Spermatozoen enthielt, beobachtet, so wie das Auftreten von kremasterartigen Kontraktionen der rechten großen Labie. Sonst zeigte die Person im Bau des Beckens, in der Entwicklung der Brüste, in ihrem Charakter und in der Neigung zu häuslicher Beschäftigung entschieden weiblichen Typus, während die hohe Stirnbildung und die langen, starkknochigen Extremitäten mit den großen Händen und Füßen dem männlichen entsprechen. Irgend welche sexuelle Neigung konnte nicht eruirt werden.

Bei einer nochmaligen Untersuchung wurde außerdem noch ein strangartiger, derber Wulst, welcher die Harnröhre dicht hinter der Symphyse ringförmig umfasste, entdeckt, der sich beim Katheterisiren sehr deutlich präsentirte und als

rudimentäre Prostata angesprochen wurde. Samenbläschen konnten nicht nachgewiesen werden.

Auf Grund dieser Befunde betrachtet W. die Person als männliches Individuum, da die Keimdrüsen hierbei allein maßgebend sind; wenn auch die für die Hoden und Nebenhoden angesprochenen Gebilde anatomisch nicht untersucht werden konnten, so konnten sie doch von etwa hier in Frage kommenden Bildungen, wie geschwollene Inguinaldrüsen und Ovarialhernien, sicher differenzirt und auf Grund einer Menge aus der Litteratur beigebrachter analoger Fälle, von denen die große Mehrzahl zur anatomischen Untersuchung gelangt war, als männliche Keimdrüsen angesprochen werden.

Anamnestisch interessant ist noch, dass sich in den ersten Tagen nach der Geburt der zur Untersuchung gekommenen Pat. in der rechten großen Schamlippe eine Geschwulst zeigte, die von dem betr. Arzte als Wasserbruch gedeutet wurde und bald wieder spontan verschwand. **Menzel** (Görlitz).

## 15) **Fawr.** Zur Kasuistik der überzähligen Brüste und Warzen (Polymastia und Polythelia).

(Wratsch 1885. No. 47. [Russisch.])

Nachdem Verf. die bis jetzt in der Litteratur bekannten Fälle angeführt, beschreibt er (mit Abbildung) 3 von ihm beobachtete Fälle.

1) 30jährige Bäuerin hat schon mehrmals geboren. Außer den normalen Brüsten noch 2 ungefähr hühnereigroße Brüste vor der Achselgrube am unteren Rande des M. pectoralis major. Eine fünfte walnussgroße Brust sitzt in der rechten Achselhöhle. Alle Brüste geben reichlich normale Milch.

2) 21jährige Erstgebärende. Außer den gut entwickelten normalen Brüsten eine walnussgroße Brust in der linken Achselhöhle; auch aus dieser dritten Brust lässt sich Milch ausdrücken.

3) 32jährige Mehrgebärende. Auf der linken sonst normalen Brust finden sich zwei Warzen über einander, 5 cm von einander entfernt. Beide Warzen geben Milch, doch nimmt das Kind nur die obere.

Verf. führt solche Erscheinungen, gemäß den Lehren Darwin's, auf Atavismus (Ursprung von einer niederen mit vielen Brüsten versehenen Species) zurück.

**Reimann** (Kiew).

## 16) **Terrillon** (Paris). Eine interessante Form von Ovarialtumor.

(Annal. de gynécol. 1886. Juni.)

Bei einer einfachen, glatt verlaufenden Ovariotomie wurde ein Tumor entfernt, dessen anatomischer Befund Interesse erregte. Es handelte sich um eine Kombination eines multiloculären Kystoms mit einer Dermoidcyste. Der Wand der großen Hauptcyste saßen mehrere sekundäre Cysten an; unter diesen befand sich eine, welche alle Charaktere einer Dermoidcyste darbot. **Skutsch** (Jena).

## 17) **Tillaux** (Paris). Ovarialkystom.

(Ibidem.)

Bericht über eine einfache, glatt verlaufende Ovariotomie. Zwei Jahre vorher waren durch Punktion 12 Liter einer ganz hellen, durchsichtigen Flüssigkeit entleert worden, worauf von Tumormasse nichts mehr nachweisbar war; damals wurde die Diagnose auf Parovarialcyste gestellt. Als zwei Jahre später der Tumor wieder zu ansehnlicher Größe gewachsen war, wurde die Ovariotomie gemacht. T. bespricht den Werth diagnostischer Schlüsse, welche aus der Beschaffenheit des Cysteninhalts abgeleitet werden. **Skutsch** (Jena).

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

**Zehnter Jahrgang.**

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**No. 51.** **Sonnabend, den 18. December.** **1886.**



## Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt mittels des Induktionsstromes.

Von

Dr. med. **L. Litschkus**,

1. Assistent an der Marien-Gebäranstalt in St. Petersburg.

Immer häufiger werden in der Litteratur die Mittheilungen über die Anwendung der Elektricität in der Geburtshilfe und Gynäkologie. So wandte Löwenthal [1] mit Erfolg die Elektricität an bei chronischen Metritiden und bei von Genitalleiden abhängigen Neurosen, Everett [2] sah Erfolg von der Elektricität bei Uterusfibromyomen Thomas,[3] Fany Berlin[4], Munde[5], Lusk[6], Cocks[7] und andere bei extra-uteriner Schwangerschaft; Baird und Powel[8] schlagen die Anwendung der Elektricität bei verschiedenen Brustdrüsenleiden vor, z. B. bei Milchmangel, bei Entzündung oder drohender Absce-

[1] Centralblatt für Gynäkologie, 1885. p. 659.
[2] New York med. journ., 18. April 1885. p. 438.
[3] New York med. journ., 6. September 1884. p. 271.
[4] Boston med. and surg. journ., 11. September 1884. p. 243.
[5] Med. record, 27. September 1884. p. 337.
[6] New York med. journ., 20. Juni 1885. p. 706.
[7] New York med. record, 17. Januar 1885. p. 65.
[8] Amer. journ. of obstetrics, November 1884. p. 1129.

dirung der Brustdrüse etc. Blackwood[9] heilte endlich mittels Elektricität Pruritus des Scheideneinganges und des Afters. Bayer[10], Walcher[11] und Fleischmann[12] wandten den elektrischen Strom zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt an; Kilner[13] bediente sich der Faradisation intra partum etc. Uns interessirt gegenwärtig besonders die Anwendung der Elektricität als Mittel zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Aus der Inauguraldissertation von Scheltuchin[14] ersehen wir, dass die Beobachtungen vor Einleitung künstlicher Frühgeburt von Hoeniger und Jacobi, von Dorrington, Mikschik, Barnes, Mansford, Mackenzie, von Grünewald und Typjäkoff, als ungenau, nicht in Betracht zu ziehen sind und dass nur 3 genaue Beobachter in dieser Beziehung existiren, von denen Welponer und Bumm bei Anwendung der Faradisation ein negatives, Bayer dagegen bei Anwendung des konstanten Stromes ein positives Resultat erhielt; die Beweiskraft von Schauta's Beobachtungen ist fraglich. Dass die Beobachtungen von v. Grünewald und Typjäkoff ungenau sind, unterliegt keinem Zweifel, da in den Fällen von v. Grünewald (2 Fälle) noch Scheidenirrigationen angewandt wurden (Methode von Kiwisch), Typjäkoff dagegen führte ein als Elektrode benutztes Bougie in das Cavum uteri ein, d. h. bediente sich zugleich der Methode von Krause, welche mit Recht als eine der besten zur Einleitung künstlicher Frühgeburt angesehen wird, obgleich Balandin sich gegen dieselbe auf dem ersten Kongress russischer Ärzte ausgesprochen hat. Übrigens wurde auch in der letzten Zeit diese Methode, ungeachtet der früheren Beobachtungen, als eine der besten zur Einleitung der Geburt (Auvard[15], Park, Ritschie[16] und Andere) dargestellt.

Nach den vorher erwähnten sind in der Litteratur noch folgende Fälle bekannt geworden. Walcher (l. c.) rief bei einer VIIIpara die Frühgeburt mittels des konstanten Stromes hervor. Als Hauptindikation diente nicht die Beckenverengerung (Conj. diag. 11 cm), sondern die Anamnese — immer schwere Geburten und eine außergewöhnliche Größe des Kindes. Die Geburt wurde in diesem Falle durch Wendung mit nachfolgender Extraktion eines todten Kindes beendet. Im Fall von Syromjätnikoff[17] wurde die Frühgeburt mittels des Induktionsstromes eingeleitet, im Interesse des Kindes (die erste Geburt durch Perforation beendet) bei einem Becken, dessen Conj. diag. 11 cm und dessen gerader Durchmesser im Ausgang 10 cm be-

[9] Polyclinic, 1885. No. 9.

[10] Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. XI, Centralblatt für Gynäkologie, 1885. No. 42.

[11] Centralblatt für Gynäkologie, 1885. No. 14.

[12] Archiv für Gynäkologie, Bd. XXVII. p. 73.

[13] The Lancet, 26. April 1884. p. 757.

[14] Zur Faradisation des puerperalen Uterus, 1885. p. 30.

[15] Annales de Gynécologie, Juli 1885.

[16] North-western Lancet, 1885. No. 14.

[17] »Wratsch« 1885. No. 24. (Russisch.)

trug. Dieser Autor bediente sich des Stromes der primären Spirale eines aus 1 Element bestehenden Spammer'schen Induktionsapparates und zwar nach der kombinirten Methode. Die innere Elektrode, mit dem negativen Pol verbunden, wurde in den Cervikalkanal eingeführt, die äußere mit verschiedenen Theilen des Uteruskörpers in Kontakt gebracht. Fleischmann aus Prag (l. c.) wandte den konstanten Strom zur Einleitung der Frühgeburt bei 2 Schwangeren mit unregelmäßigem Becken an. In beiden Fällen gelang es ihm Wehen hervorzurufen, obgleich es fraglich ist, welchen Antheil dabei die mechanische Reizung des Uterus beanspruchte. Im ersten Falle musste zur Beendigung der Geburt die Zange angelegt werden, im zweiten reichte die Elektricität allein aus. In beiden Fällen war der Strom vollkommen indifferent, sowohl für die Mutter, als für das Kind. Der Autor schlägt vor, die Katode ins hintere Scheidengewölbe zu placiren, die Anode auf den Lumbaltheil der Wirbelsäule. Baird [18] hat zu wiederholten Malen die Frühgeburt mittels des Induktionsstromes eingeleitet und betrachtet daher denselben als ein in dieser Hinsicht sehr zuverlässiges Mittel.

Die Applikation der Elektroden ist sehr verschieden: die einen appliciren dieselben nur äußerlich, die anderen äußerlich und innerlich, die dritten endlich führen dieselben nur in die Genitalien ein. So schlug Cleveland vor, den Uterus durch die Bauchdecken zu elektrisiren. Murray legte eine Elektrode ans Kreuz, die andere an das Abdomen an; Redford placirte eine Elektrode auf den Uterusfundus, die andere an den äußeren Muttermund; Mackenzie applicirte den positiven Pol auf den Nacken, den negativen ebenfalls an den äußeren Muttermund etc. Wir sehen also, dass verschiedene Formen der Elektricität und zwar auf verschiedene Weise angewandt wurden.

Ungeachtet der herrschenden Meinungsverschiedenheiten kann man es doch als zweifellos ansehen, dass nach Anwendung von statischer, galvanischer und Induktionselektricität Uteruskontraktionen eintraten (A. Krassowsky), es ist jedoch noch nicht endgültig entschieden, ob die Elektricität allein im Stande sei, eine Frühgeburt hervorzurufen. Die jetzt herrschenden Meinungsdifferenzen beweisen nur eins, entweder ist die Elektricität nicht in allen Fällen anwendbar oder die Art ihrer Anwendung muss noch vervollkommnet werden. Von der letzteren Voraussetzung ausgehend, müssen wir, vollkommen abgesehen von der Form der angewandten Elektricität, nicht vergessen, dass bei der innerlichen oder kombinirten Anwendung die Elektricität ihrer Vorzüge verlustig geht, da ohne Zweifel diejenige Methode die beste ist, bei der wir nicht genöthigt sind, in den inneren Genitalorganen des Weibes zu manipuliren. Wenn wir aber die Kreißende wiederholt der internen Elektrisation unterwerfen mit Einführung verschiedener Bougies, so können wir dieselbe der Gefahr

---

[18] Archives de tocologie, September 1885. p. 769.

einer septischen Infektion aussetzen und entfernen uns überhaupt von dem jetzt in der Gynäkologie waltenden Princip, dass die Genitalien der Schwangeren, Kreißenden und Wöchnerinnen möglichst selten explorirt würden. Folglich bedarf nach meiner Meinung nur die äußerliche Anwendung der Elektricität einer genaueren Prüfung und Bearbeitung, da sie allein als vollkommen unschädlich gelten kann. Was die Ansicht von Prof. A. Krassowsky anbetrifft, dass die Elektricität langsam und schwach wirke, so kann dies natürlich in bestimmten Fällen sehr hinderlich sein, uns aber interessirt gegenwärtig weniger die Frage, ob die Elektricität schnell oder langsam wirkt, sondern vielmehr, ob dieselbe überhaupt wirke? Daher halte ich es nicht für überflüssig, zwei Fälle anzuführen von Einleitung künstlicher Frühgeburt mittels des Induktionsstromes, bei äußerer Anwendung desselben.

1) E. D., 27 Jahre alt, Ipara. Die ersten Regeln im 11. Lebensjahre, mit dreiwöchentlichen Intervallen und dreitägiger Dauer, in geringer Menge, beständig mit Schmerzen. In der Kindheit oft gekränkelt, unter Anderem an Rachitis. Wann sie anfing zu gehen, kann Pat. nicht angeben. Die letzten Menses den 24. November, die ersten Kindesbewegungen am 13. April, Wuchs 134 cm. Zeichen von Rachitis an Rippen und Beinen. In der Gegend der Rückenwirbel eine Kyphoskoliose, der rechte Schulterwinkel steht bedeutend tiefer, als der linke und die Distanz zwischen Rippenbogen und Darmbeinkamm beträgt rechts kaum 2 Finger breit, links aber volle 3. Der Unterleib propensirt. Der Uterusfundus reicht fast bis zum Proc. ensiformis; die Nabelgegend vorgewölbt; die Haut der unteren Bauchgegend mit zahlreichen Narben bedeckt. Die Lage des Kindes eine longitudinale und Kopflage. Die Fötalherztöne links, etwas unter dem Nabel, 140 in der Minute. Der Umfang des Unterleibes in der Höhe des Nabels 86 cm. Die äußeren Genitalien normal, die Scheide eng, mit scharf ausgeprägten Falten; die Portio vagin. ungefähr 1 cm lang, nach hinten gerichtet; der äußere Muttermund hat die Form einer flachen, die Fingerkuppe nicht durchlassenden Grube. Tr. 29 cm, Sp. $25^1/_2$ cm, Cr. $25^1/_2$ cm; Conj. ext. 15 cm, Conj. diag. 9 cm; Cirkumferenz des großen Beckens 75 cm; Distantia Litzmanni 7 cm. Der Rhombus von Michaelis fehlt, da die Foveola auf der die Spinae ilei post. sup. verbindenden Linie liegt. Die Entfernung zwischen den Spinae ilei ant. sup. dextra und Spinae ilei post. sup. sin. beträgt 20 cm, umgekehrt 19 cm. Die linke Glutäalfalte steht tiefer als die rechte. Der gerade Durchmesser des Beckenausganges $9^1/_2$ cm, der quere 11 cm, die Länge der ganzen Wirbelsäule bis zum Steißbeine 43 cm (im Bogen gemessen); die Länge des Kreuzbeins in gerader Linie 10 cm. Aus den von mir gemeinschaftlich mit Dr. A. Schmidt vorgenommenen Messungen erhellt, dass die Conj. vera im Maximum 7 cm betragen müsste, da die Höhe der Symphyse 5,5 cm. Auf Grund dieser Beckenmessung fassten wir den Entschluss, die Schwangerschaft vor der

Zeit zu unterbrechen. Auf Anrathen von Dr. A. Schmidt bediente ich mich dazu des Induktionsstromes, um so mehr, als ich schon früher den Einfluss des letzteren auf den puerperalen Uterus studirt hatte. In Anbetracht der Untersuchungen von Schröder und Ahlfeld, nach welchen der Querdurchmesser (biparietale) des Kindskopfes zwischen der 28.—32. Schwangerschaftswoche 8,1 cm und zwischen der 32.—36. Woche 8,4—8,6 cm ist, entschloss ich mich zur Einleitung der Frühgeburt am 22. Juni. Da das Kind am 30. Juni zur Welt kam, so war es also 31—32 Wochen alt (die zeitige Geburt hätte Ende August oder Anfang September erfolgen müssen). Ich benutzte den Strom der sekundären Spirale des Schlittenapparates von Dubois-Reymond, erzeugt durch das Grenet'sche Element mit einer Zink- und zwei Kohlenplatten. Die vollständige Annäherung beider Spiralen entsprach dem Theilstrich 10 der Scala[19]. Ich nahm als Maximum 6—7 Theilungen. Als Elektroden dienten mir runde, metallene, mit Leder überzogene Platten mit einem Durchmesser von 4 cm. Dieselben wurden äußerlich zu beiden Seiten des Uterus angelegt. Jede Sitzung dauerte 15 Min. und nur einmal 20 Min. Im Ganzen waren 15 Sitzungen. Ich begann beständig mit einem schwachen Strom und verstärkte ihn darauf nicht allmählich, sondern sprungweise, da man auf diese Weise, meinen Beobachtungen zufolge, leichter Wehen erzeugen kann.

22. Juni die Faradisation begonnen gerade um 12 Uhr Mittags. Die Elektroden zu beiden Seiten des Uterusfundus. Während der Sitzung trat nur eine Wehe ein, die mehrere Sekunden andauerte. Um 8 Uhr Abends eine zweite Sitzung, wobei ebenfalls nur eine Wehe erhalten wurde.

23. Juni. Nach den gestrigen Sitzungen waren keine Wehen mehr, aber es schmerzte etwas der Rücken. Um 1 Uhr Nachmittags wieder Faradisation, wobei die Elektroden abwechselnd, bald zu beiden Seiten des Uterusfundus, bald in longitudinaler Richtung (eine am Uterusgrunde, die andere über der Symphyse), endlich die eine am Kreuz, die andere am Fundus uteri applicirt wurden. Es traten keine Wehen ein, aber bei der Untersuchung um 7 Uhr Abends, während der zweiten Sitzung, stellte sich eine Verkürzung der Port. vagin. heraus; der Cervikalkanal hatte sich geöffnet und der Finger drang bis zum vorliegenden Kindestheile vor.

24. Juni. In der Nacht waren Schmerzen im Unterleib und im Kreuz während zweier Stunden. Gegen 9 Uhr Morgens schmerzte auch der Unterleib und es zeigte sich etwas Blut. Um 4 Uhr Abends Faradisation. Der Cervikalkanal lässt den Finger leichter zur Fruchtblase vordringen, als gestern. Um 7 Uhr Abends wieder eine Sitzung; die Elektroden zu beiden Seiten des Uterusfundus. Einige Schmerzen im Abdomen.

---

[19] Solche Theilstriche waren 10; jede solche Theilung war wieder in 6 gleiche Theile getheilt; jede Theilung 1 cm.

25. Juli. Um 11 Uhr Morgens eine Sitzung von 20 Minuten. Der Cervix lässt den Finger vollkommen frei bis zum vorliegenden Kindestheile (Kopf) vordringen. Die Pat. versichert Schmerzen im Unterleibe zu haben, es sind jedoch keine Wehen vorhanden. Bei der Untersuchung während der Sitzung konnte ich ebenfalls keine Spannung der Fruchtblase erkennen, sondern überzeugte mich nur von der Senkung und Hebung des Fötus, gleichzeitig mit der Inspiration, resp. Exspiration. Es ist daher die Annahme erlaubt, dass während der Athmung nicht nur der ganze Uterus in toto, sondern auch dessen Inhalt, d. h. der Fötus, dislocirt wurde.

Abends: Nach der Morgensitzung Absonderung einer bedeutenden Quantität blutigen Schleims und Schmerzen im Abdomen, während einer Stunde mehrere kurze, aber starke Wehen.

26. Juni. Weder Wehen noch Blutabgang. Um 4 Uhr Abends eine Sitzung, während welcher 3—4 schwache Wehen. Um $10^1/_2$ Uhr Abends eine zweite Sitzung; der Cervix beinahe für 2 Finger durchgängig.

27. Juni. Gestern bedeutende Schmerzen im Unterleib und Abgang einer unbedeutenden Quantität mit Schleim gemischten Blutes. Um 1 Uhr Nachmittags eine Sitzung. 7 Uhr Abends: unbedeutender Abgang blutigen Schleims und kurze Wehen und beständige Kreuzschmerzen. Während der Sitzung waren auch einige Wehen, besonders bei Verstärkung des Stromes. Der Cervix für zwei Finger vollkommen durchgängig.

28. Juni. Gestern waren Wehen und Kreuzschmerzen. Um $2^1/_2$ Uhr Nachmittags eine Sitzung. Der Cervix lässt leicht 2 Finger passiren, obgleich der Scheidentheil noch nicht vollkommen verstrichen ist. Die Fruchtblase wurde in dem unteren Uterinsegment etwas von der Uteruswand gelöst (Hamilton).

29. Juni. Die ganze Nacht bis 6 Uhr Morgens Wehen. Um 1 Uhr Nachmittags eine Sitzung, um 8 Uhr Abends eine zweite; während der letzteren einige Wehen. Die Portio vaginalis ganz verstrichen. Während der Wehen füllt sich die Fruchtblase gut.

30. Juni. Die ganze Nacht wurde die Pat. von sehr heftigen Wehen gequält, um 3 Uhr Morgens musste ein Klystier mit Opium gegeben werden, weil die Wehen offenbar einen spasmodischen Charakter annahmen. 11 Uhr Morgens: der Muttermund vollkommen geöffnet, die Blase prall gefüllt, Kopflage, bedeutender Blutabgang. Eine frühzeitige Placentalösung supponirend, sprengte ich die Blase, worauf der Kopf sich zum Beckeneingang senkte und die Wehen plötzlich sistirten. Ich verließ die Kranke. Um 1 Uhr 50 Minuten Nachmittags fand ich zu meiner Verwunderung die pulsirende Nabelschnur und die vorgefallene Hand in der Vagina. Sogleich nahm ich in der Chloroformnarkose die Wendung vor und beförderte ein stark asphyktisches Kind zur Welt, welches aber bald zum Leben gebracht wurde. Die Placenta ward gleich darauf nach Credé exprimirt.

Die Dimensionen des Kindes: Gewicht 1450 g, Größe 42 cm, Kopfumfang 28 cm, gerader Kopfdurchmesser 9 cm, der kleine Querdurchmesser 4 cm, der große 7 cm, der vertikale $7^1/_2$ cm, der diagonale $10^1/_2$ cm, der Querdurchmesser der Schultern 9 cm, der der Oberschenkel 7 cm. Vom Scheitel bis zum Nabel 23 cm, vom Nabel bis zur Fußsohle 19 cm, Gewicht der Placenta 500 g, die Nabelschnurlänge 54 cm. Das Puerperium verlief vollkommen günstig.

1. Juli. Der Uterusfundus 6 cm über der Symphyse. Der Uterus gut kontrahirt, antevertirt und etwas anteflektirt (1. Grades). Die Portio vaginalis links fast bis zum Scheidengewölbe eingerissen. Die Lochien serös. Das Scheidengewölbe frei. Temp. 37,2, P. 70. Das Kind starb leider nach 3 Tagen.

Mir gelang es also, mittels der Elektricität allein den Cervikalkanal für 2 Finger durchgängig zu machen, d. h. einen Status herbeizuführen, in welchem die Geburt schon vollkommen in meinen Händen lag. Ich konnte nämlich leicht, dem Rathe von Fehling[20] zufolge, die Wendung nach Braxton Hicks vornehmen, welche Fehling beständig bei künstlicher Frühgeburt zu machen vorschlägt, sobald nur der Cervix für 1—2 Finger durchgängig ist. Übrigens schließt Fehling die Fälle von Einleitung künstlicher Frühgeburt bei Erstgebärenden aus und auch die Fälle, in welchen von Anfang an kräftige Wehen existiren oder wo man dieselben erwarten kann, gemäß den vorausgegangenen Geburten. Nur unter diesen Umständen entschied ich mich, zur Beschleunigung der Geburt, zur Ablösung der Fruchtblase von der Uteruswand im unteren Uterussegment, d. h. zur Anwendung der Methode von Hamilton, welche jedoch von Allen als unsicher angesehen wird. Darauf aber elektrisirte ich die Kreißende noch zweimal, da am 29. Juni von 6 Uhr Morgens bis 1 Uhr Nachmittags keine Wehen waren; dabei gelang es mir, sehr heftige Uteruskontraktionen zu erzeugen, sogar mit spasmodischem Charakter.

2) Frau D.[21], 34 Jahre alt, aus dem Petersburger Gouvernement stammend, die ersten Menses im 15. Lebensjahre, alle 4 Wochen, 3 bis 4 Tage andauernd, in mäßiger Menge, ohne Schmerzen. In der Kindheit an Rachitis gelitten; Residua der letzteren sind, außer am Becken, auch an anderen Körperstellen sichtbar: säbelförmige Beine, knotige Verdickungen der Rippenenden etc. Zu gehen begann Pat. im 3. Lebensjahre. Im 28. Jahre heirathete sie und im 29. Jahre wurde sie schwanger, wobei die Schwangerschaft vollkommen normal verlief. Im Jahre 1881 kam sie mit Hilfe des verstorbenen Dr. Steinmann nieder — es war eine Fußlage mit sehr schwieriger Extraktion des nachfolgenden Kopfes. Das Kind war todt. Das Puerperium verlief gut. Dr. Steinmann machte Pat. darauf aufmerksam, dass bei der nächsten Schwangerschaft eine Frühgeburt

[20] Centralblatt für Gynäkologie 1886. No. 10.

[21] Die Anamnese konnte leider aus von mir unabhängigen Gründen nicht genauer eruirt werden.

indicirt sei, welchem Rathe aber die Pat. nicht folgte. Im Oktober 1882 wurde ich von der Pat. konsultirt; sie kam zur Zeit nieder, konnte jedoch in Bezug auf ihre Menses und die Kindesbewegungen keine genauen Angaben machen. Ich fand Pat. in einem Zustande von extremer Excitation, mit Temp. 38,5 und einem Pulse von 100; sehr schmerzhafte Wehen; der Muttermund für 4 Finger durchgängig. Der Kindskopf über dem Beckeneingange, vollkommen beweglich, ohne Fruchtwasser (die Hebamme hatte die Blase kurz vor meinem Erscheinen gesprengt). Die Kindesbewegungen links oben, die Herztöne rechts unter dem Nabel gut hörbar. Conj. diag. $9^1/_4$ cm. Pat. giebt an, dass sie schon mehr als $1^1/_2$ Tage kreiße. In der Hoffnung. der nachfolgende Kopf werde leichter den Beckeneingang passiren. schritt ich sogleich in der Chloroformnarkose unter Assistenz eines Kollegen zur Wendung. Die Extraktion des nachfolgenden Kopfes gelang aber erst nach vorausgegangener Perforation, wobei auf dem hinteren (rechten) Scheitelbeine eine scharf ausgeprägte löffelförmige Impression konstatirt wurde. Das Kind scheinbar vollkommen reif. Das Puerperium verlief vollkommen normal. Im September 1885 abortirte Pat. im 3. Monat ohne jegliche Beschwerden. Jetzt waren die letzten Menses am 19. Jan. dieses Jahres, aber die Zeit des Eintritts der Kindesbewegungen kann Pat. nicht angeben. Die von mir gemeinschaftlich mit Dr. Garfunkel vorgenommene Beckenmessung ergab Folgendes: Tr. 28 cm, Sp. 23 cm, Cr. 25, Conj. ext. 16 cm. Conj. diag. $9^1/_4$ cm, Dist. Litzmanni 8 cm; der gerade Durchmesser des Beckenausganges 10 cm, der Querdurchmesser desselben 11,5 cm. die Höhe der Symphyse 5 cm. Außerdem erhielt ich folgende Größen (diese Messungen beziehen sich auf den 13. Sept., den Tag der Einleitung der Frühgeburt): Umfang des Unterleibes in der Höhe des Nabels 91 cm; die Höhe des Uterusfundus über der Symphyse 33 cm (im Bogen gemessen). Wuchs der Pat. 138 cm. Die Conj. vera wurde von uns auf 7 cm geschätzt. Ich entschloss mich, die Frühgeburt in der zweiten Hälfte des 9. Monats vorzunehmen in der Hoffnung, den weicheren und kleineren Kindskopf auch durch den verengten Beckeneingang durchführen zu können, andererseits hatte ein 9monatliches Kind mehr Chancen am Leben erhalten werden zu können, als ein $7^1/_2$—8monatliches, da ja die Eltern unbedingt ein lebendes Kind wünschten, bei deren spärlichen Mitteln aber die Erhaltung eines 8monatlichen Kindes sehr fraglich war.

13. September. Heute die erste Faradisation. Der Umfang des Unterleibes, wie schon oben erwähnt, 91 cm; die Höhe des Uterusfundus über der Symphyse 33 cm; die kleinen Kindestheile rechts oben; die Herztöne zwei Finger breit unter dem Nabel links. Die Portio vaginalis auf beiden Seiten fast bis zum Scheidengewölbe eingerissen. Kopflage. Der innere Muttermund für die Fingerkuppe durchgängig. Die Elektroden zu beiden Seiten des Uterusfundus. Eine Sitzung von 15 Minuten. Eine sehr schwache Wehe. Gegen Abend wieder eine Sitzung von 15 Minuten.

14. September. Um 1 Uhr Nachmittags eine Sitzung von 15 Minuten; der Muttermund fast $1^1/_2$ Finger breit geöffnet. Keine Wehen. Gestern in der Nacht etwas Unterleibsschmerzen und eine geringe Schleimabsonderung.

15. September. Um 12 Uhr Mittags eine Sitzung von 15 Minuten. Der innere Muttermund lässt 2 Finger passiren. Die Eihäute vom unteren Uterussegment in dessen ganzer Ausdehnung mit dem Finger gelöst.

16. September. Um $1^1/_2$ Uhr Nachmittags wieder eine Sitzung von 15 Minuten. 2—3 sehr schwache Wehen. Der Muttermund für $2^1/_2$ Finger durchgängig; die fötalen Herztöne 135 in der Minute.

17. September. Der innere Muttermund beinahe 3 Finger breit geöffnet. Gestern nach der Faradisation einige Schmerzen im Abdomen. Um 11 Uhr Morgens eine Sitzung von 20 Minuten. Um 12 Uhr zeigten sich Wehen, welche gegen Abend sehr schmerzhaft wurden, so dass um 10 Uhr Abends ein Klystier mit Opium nöthig wurde. Um 2 Uhr Morgens der Muttermund 4 Finger breit geöffnet. Der Kopf des Kindes über dem Beckeneingange. Chloroformnarkose. Wendung nach Brakton Hicks. Die nach einigen Minuten vorgenommene Extraktion des Kindes war ziemlich leicht bis zum Kopf; die Evolution des letzteren gelang nur mit großer Mühe, so dass ein stark asphyktisches Kind geboren wurde, dessen Belebung leider nicht gelang. Die Dimensionen des Kindes: Länge 47 cm, Kopfumfang 32 cm, gerader Durchmesser des Kopfes 10,5 cm, der große Querdurchmesser 9 cm, der kleine 6 cm, der große Schrägdurchmesser 11 cm, der kleine 9 cm. Die Schädelknochen ziemlich fest und die Nähte schmal. Das Puerperium verlief vollkommen günstig.

Auf diese Weise gelang es mir auch in diesem Falle, mittels des Induktionsstromes den Muttermund für 2 Finger durchgängig zu machen, erst dann wandte ich die Methode von Hamilton an.

Auf diesen zwei Beobachtungen fußend, glaube ich, dass die Faradisation unter den Mitteln zur Einleitung künstlicher Frühgeburt jedenfalls nicht die letzte Rolle spielt. Es ist wohl wahr, dass Schauta in drei Fällen und A. Krassowsky wiederholt sich von der Unzweckmäßigkeit dieser Methode überzeugt haben, andererseits Beyer und Walcher sich zurückhaltend gegen dieselbe verhalten, die Wirkung derselben als sehr problematisch ansehend, — allein dies Alles darf uns nicht abhalten, diese Methode in der Zukunft anzuwenden, da sie sehr Vieles für sich hat durch ihre vollkommene Ungefährlichkeit für Mutter und Kind.

Ich habe für die Zukunft in Bezug auf die Einleitung künstlicher Frühgeburt folgenden Modus für mich festgesetzt: immer mit der äußeren Faradisation zu beginnen, und sobald nur der Muttermund für $1^1/_2$—2 Finger durchgängig ist, zur Ablösung der Eihäute vom unteren Uterussegmente in möglichst großem Umfange zu schreiten[22]. Noch einige Faradisationssitzungen müssen die Uteruskontrak-

[22] Zur Beschleunigung der Geburt.

tionen zur vollen Entwicklung bringen. Falls aber unsere Bemühungen fehlschlagen, haben wir immer die Möglichkeit, zeitig die Wendung nach Braxton Hicks vorzunehmen mit nachfolgender Extraktion des Kindes.

Zum Schluss noch einige Worte in Bezug auf das Kind. Nach jeder Faradisation wurden sowohl die Herztöne desselben, als auch dessen Bewegungen auf kurze Zeit beschleunigt.

---

## 1) **Engelhardt** (Freiburg i. B.). Zur Genese der nervösen Symptomenkomplexe bei anatomischen Veränderungen in den Sexualorganen.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1886.

Es ist nicht zu verwundern, dass unter dem Eindruck der überraschenden Fortschritte, welche während einer verhältnismäßig kurzen Zeit in der Erkenntnis der weiblichen Sexualleiden gemacht worden sind, die Wichtigkeit der letzteren in ihrer Beziehung zu anderen, speciell nervösen Erkrankungen überschätzt worden ist und noch überschätzt wird. Es sind keineswegs nur Gynäkologen, sondern gerade auch praktische Ärzte, besonders jüngere, welche heut zu Tage die Wurzel der mannigfachsten Störungen ohne Weiteres im Geschlechtsapparat der Frauen suchen. Viel trägt hierzu bei, dass die letzteren Dank der Mittheilungen anderer Leidensgenossinnen und der oft von diesen mit größter Bestimmtheit geäußerten Ansicht, es handle sich auch bei ihnen um ein Unterleibsleiden, wie die den ihren gleichen oder ähnlichen Beschwerden bewiesen, dem Arzt sehr oft sofort mit der Angabe entgegentreten, die Ursache ihrer Beschwerden sei eine Gebärmuttererkrankung. Da sich irgend eine kleine Abweichung von der Norm so überaus häufig am Uterus oder seinen Adnexen finden lässt, so liegt es nahe, dass gerade der in gynäkologischen Dingen Unerfahrene sich zu Irrthümern verleiten lässt.

Eine Reaktion war zu erwarten. Sie ist bereits eingetreten, wie außer anderen Publikationen auch die E.'sche Arbeit zeigt. Ihr ist ein um so größerer Werth beizulegen, als sie mit zu Grundelegung des reichhaltigen Materials der Freiburger gynäkologischen Klinik und mit Unterstützung des Chefs derselben, eines unserer besten Gynäkologen, verfasst worden ist.

E. theilt das ihm zu Gebote stehende Material in 4 Gruppen. Die erste enthält solche Fälle, bei welchen trotz bedeutender anatomischer Veränderungen der Sexualorgane alle nervösen (Lendenmark-) Symptome, selbst Dysmenorrhoe fehlten. Auffallend ist die Zahl großer Geschwülste in derselben.

Eine zweite, sehr interessante Gruppe liefert den Beweis, dass die ausgesprochensten Lendenmarksymptome mit und ohne anderweitige nervöse Erscheinungen bei Abwesenheit aller anatomischen Veränderungen vorzukommen vermögen. Alle hierher gehörigen Fälle betreffen Nulliparae. — Die ersichtlichen Faktoren sind vielfach

vollständig klar. Erbliche nervöse Belastung schwerer Art ließ sich bei 40 % nachweisen. Bei 80 % wurden nervöse Erscheinungen, welche sich theilweis auf die vom Lendenmark entspringenden, theilweis auf andere Nerven bezogen, schon in der Kindheit beobachtet. Die Schädlichkeiten aber, welche ohne Vermittlung einer Sexualerkrankung Dysmenorrhoe und ausgesprochene Lendenmarksymptome ohne oder mit anderweitigen nervösen Erscheinungen hervorbrachten, bestanden in schweren akuten Erkrankungen, schwerer körperlicher Arbeit in den Entwicklungsjahren, zu anhaltender und intensiver geistiger Arbeit, längere Krankenpflege während der Entwicklungsjahre etc. Erwähnenswerth ist auch, dass bei allen Personen, welche schon in der Kindheit Zeichen einer gewissen Schwäche des unteren Rückenmarkabschnittes dargeboten, sofort bei der Entwicklung heftige Dysmenorrhoe auftrat. Gleichzeitig verschlimmerten sich die Lendenmarksymptome und anderweitige nervöse Erscheinungen traten noch hinzu.

Bei einer dritten Kategorie von Fällen handelt es sich um geringere anatomische Veränderungen mit Lendenmarksymptomen. Der hier am häufigsten beobachtete pathologische Zustand bestand in Erschlaffung der Gebärmutterbänder und ihrer Folge, der Retroversion, demnächst in anscheinend gutartigen Katarrhen des Gebärmutterhalses, schließlich in leichten Entzündungszuständen, insbesondere Perimetritis posterior mit den consecutiven Lageveränderungen. Endometritis fehlte nur bei einer Kranken. Von diesen Sexualanomalien lassen sich aber im Allgemeinen die Lendenmarksymptome und andere nervöse Erscheinungen nicht ableiten, sie tragen höchstens zur Verschlimmerung des Leidens bei. In der Kindheit wurden skrofulöse Erkrankungen, Schwächlichkeit und allgemeine Kränklichkeit, chlorotisch-nervöse Erscheinungen beobachtet.

Auch bei der vierten Gruppe, in welcher es sich um große anatomische Veränderungen mit Lendenmarksymptomen handelt, tritt der für die Erzeugung der letzteren so wichtige Einfluss der angeborenen Anlage oder der schon in der Kindheit erworbenen Schwäche des Nervensystems zu Tage, wenn auch nicht in dem Grade, wie in den vorigen.

In einer Schlussbetrachtung fasst E. die wichtigsten Ergebnisse seiner Untersuchungen zusammen. Er hebt hervor, dass eine angeborene Anlage zu nervösen Leiden bei einer verhältnismäßig großen Zahl weiblicher Individuen besteht, die Geneigtheit zu nervösen Störungen aber auch nicht selten in der Kindheit durch verschiedene, schädlich auf den Organismus einwirkende Ursachen erworben wird. Bei Individuen, bei welchen dies der Fall, treten die Menses fast ausnahmlos von Anfang an mit Dysmenorrhoe ein. Auch andere Menstruationsstörungen machen sich bei ihnen bemerkbar, ohne dass eine anatomische Veränderung der Sexualorgane zu bestehen braucht. Individuen der einen wie der anderen Art bieten oft während der Pubertät das Bild der Chlorose. Mit ihr wie überhaupt mit der die

nervösen Beschwerden begleitenden Ernährungsstörung stehen häufig zwei während und nach der Pubertät schon auftretende Erkrankungen der Sexualorgane in innigem Zusammenhang, Erschlaffungszustände der Beckenbauchwand, so wie besonders auch der peritonealen Haltemittel, der einzelnen Organe des Bauches und Beckens, ferner der Katarrh des Sexualschlauches, speciell des Uterus.

Auch ein psychischer Faktor kann das ätiologische Moment bilden, welches neben Erscheinungen in verschiedenen Nerven ganz ausgesprochene Symptome in den Nerven der Genitalien und denen des Lendenmarkes hervorruft. Ferner sind Coitus imperfectus und Onanie als gelegentliche Ursachen zu nennen.

In einer nicht geringen Anzahl von Fällen scheint ein Sexualleiden die Hauptrolle bei der Erzeugung der nervösen Beschwerden zu spielen. Doch ist man auch hier nicht berechtigt, Alles von den Dislokationen der Organe, den Zerrungen der Bänder abzuleiten, da neben diesen ein allgemeiner schlechter Ernährungszustand, Blutverluste etc. in Betracht kommen. Jedenfalls entstehen schwere, weitverbreitete Neurosen nur dann durch eine Genitalerkrankung, wenn sie längere Zeit, Jahre hindurch bestanden. Die Ableitung gewisser allgemeiner Neurosen wie der Hysterie oder nur einer gewissen Form von Hysterie von einer bestimmten anatomischen Veränderung, wie der Schrumpfungszustände im Beckenbindegewebe widerspricht aller klinischen Erfahrung.

Im Allgemeinen geht aus der Arbeit E.'s hervor, dass in weitaus der Mehrzahl sämmtlicher mit Sexualkrankheiten verbundenen nervösen Leiden eine sehr komplicirte Entstehung besteht.

**Graefe** (Halle a./S.).

---

# Kasuistik.

2) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 20. Juli 1886.

Vorsitzender: Herr Staude. Schriftführer: Herr Jaffé.

Herr Hotte: Über Schwangerschafts- und Geburtsniere.

Nach einem eingehenden Referat über die im Jahre 1882 von Flaischlen in der »Zeitschrift für Geburtskunde und Gynäkologie« veröffentlichten Arbeit über diesen Gegenstand berichtet der Vortr. über 3 Beobachtungen, die er bei ein und derselben Pat. gemacht hat. Diese, jetzt 36 Jahre alt, litt in der 2., 3. und 5. Schwangerschaft an Schwangerschaftsniere. Die Symptome derselben traten stets im 7.—8. Monat auf und zwar Kopfschmerz, Eiweiß, Cylinder, verfettete Epithelien enthaltender Urin. Menge desselben 300—700 g pro die. Ödeme wurden bei der 2. Gravidität, Eklampsie nie beobachtet. Die Geburt trat stets 4—6 Wochen zu früh ein, die Kinder waren entweder todt oder starben bald. Das letzte Mal hatte die Pat. auch Ikterus. Das mittels Wendung extrahirte Kind war nicht ikterisch.

In der Diskussion verweist Herr Fränkel auf die jüngsten Bemerkungen Virchow's, wonach die Schwangerschaftsniere durch Fettembolie zu Stande komme.

Den Übergang von Schwangerschaftsniere in chronische Nephritis sah Herr Prochownick 2mal.

Sitzung vom 17. August 1886.

Vorsitzender: Herr Reusche. Schriftführer: Herr Staude.

Herr Levy demonstrirt ein von ihm durch Laparotomie entferntes Ovarialsarkom. Befund: Ascites, verschieblicher, kindskopfgroßer Ovarialtumor, Uterus retroflektirt. Bei der Operation sah man, dass der Tumor, an dem Netz und einige Darmpartien adhärirten, dem rechten Ovarium entstammte und dass zwei kleine Tumoren im Douglas die Retroflexion vortäuschten, während der Uterus normal lag. Tumor war ein kleinzelliges Rundzellensarkom. Verlauf glatt.

Herr Lomer: Über das Verhalten von Mutter und Kind bei Ikterus in der Schwangerschaft.

Der Vortrag wird in extenso in der »Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie« veröffentlicht werden.

Diskussion: Herr Raether sah Icterus inter graviditatem 1mal, der als gewöhnlicher Icterus catarrhalis verlief. Was die Infektion des Kindes bei Erkrankung der Mutter an akuten Infektionskrankheiten betrifft, so sah derselbe Typhus inter graviditatem 1mal; das Kind blieb gesund, Malaria 7mal. In keinem Fall ging Intermittens auf das Kind über. In 3 Fällen erfolgte der Partus in Folge des Fiebers, am gefährlichsten ist Intermittens quotidiana.

Herr Happe führt als Beweis dafür, dass Tuberkelbacillen von der Mutter auf das Kind übergehen können, einen Fall an, in dem er in den Bronchialdrüsen eines 14tägigen, von einer tuberkulösen Mutter geborenen Kindes Bacillen fand.

Herr Reusche sah Ikterus während der Schwangerschaft 4—5mal. 1 Frau starb. Kinder theils ikterisch, theils nicht.

---

## 3) Société de chirurgie de Paris.

21. April bis 19. Mai 1886.

(Rev. de Chir. 1886. No. 6.)

Gueillot (Reims). Eine Frau, welche im 8. Monat schwanger war, erhielt einen Messerstich in den Hinterbacken, worauf eine starke Blutung erfolgte. Am folgenden Tage spontane Geburt eines todten Kindes, welches auf dem linken Schädelbein eine 3 cm lange Wunde zeigte. Die Wunde der Mutter saß 3 cm oberhalb des Tuber ischii und 10 cm nach innen vom Trochanter major. Die Kranke genas vollkommen, die starke Blutung leitete G. aus dem Abgang des mit Blut vermischten Fruchtwassers her.

Polaillon zeigt eine Kranke, die an einem Leberechinococcus litt. P. machte die Punktion mit einem dicken Trokar und wusch die Cyste aus. Es blieb eine Fistel zurück, durch die 3 Monate lang Ausspülungen gemacht wurden. Heilung.

Le Fort: Es handelt sich um eine Frau mit einem Uterusfibrom, welches lange vorher bei der ersten Geburt konstatirt worden war, die Unregelmäßigkeiten der Menstruation darbot, so dass Le Fort an die Möglichkeit einer Schwangerschaft dachte. Da bei wiederholten Untersuchungen weder Geräusche noch Bewegungen vorhanden waren, da man außerdem bei der Beweglichkeit des Tumors, zwischen ihm und der Symphyse bequem tief eindrücken konnte, so ließ F. den Gedanken der Gravidität wieder fallen und entschloss sich auf Wunsch der Kranken zur Operation. Dieselbe war chloroformirt und die Operation sollte beginnen, als man bei Palpation des Abdomens ganz deutlich fötale Bewegungen fühlte. F. folgert hieraus, dass man in zweifelhaften Fällen immer nochmals in Narkose untersuchen soll.

Terrillon: Eine 57jährige Frau wurde ovariotomirt. Man fand eine multiloculäre rechtseitige Cyste und einen soliden, orangegroßen Tumor im linken Ovarium. Dieser Tumor erwies sich mikroskopisch als ein Sarkom. Die Cyste zeigte sarkomatöse Elemente an mehreren Stellen ihrer Wand. Die Kranke ist bis heute ohne Recidiv.

Bei einer zweiten Kranken musste wegen der zahlreichen Adhäsionen auf die Operation nach einer Incision verzichtet werden. Bei der Sektion fand man ein Sarkom des einen und eine multiloculäre Cyste des andern Ovariums.

Le Dentu: Eine 27jährige Frau zeigte eine große Echinococcusgeschwulst der Leber, komplicirt mit rechtsseitiger Pleuritis. Eine Probepunktion ergab zwei Liter Flüssigkeit ohne Haken; vorübergehende Temperatursteigerung (40,0), trotz aller Antisepsis. Die Flüssigkeit sammelte sich wieder an und die Kranke machte eine schwere Pneumonie durch. Nach Wiederherstellung wollte man operativ vorgehen, aber es war keine Spur der Cyste mehr vorhanden. Die Leber hatte ihre normalen Dimensionen. **Heilbrun** (Kassel).

26. Mai bis 16. Juni 1886.

(Ibid. No. 7.)

Follet (Lille): Bei einer Frau, welche an einer Blasen-Gebärmutterfistel litt, die am Übergang des Collum in das Corpus uteri saß, operirte F. folgendermaßen: Dilatation der Urethra bis auf 22 mm Durchmesser, Abtragung des Collum, Einführung eines Fingers in die Blase, welcher die Fistel zeigte, Anfrischung und Vereinigung durch 4 Suturen. Drainage. Am 12. Tage war die Wunde geheilt, jedoch noch nach 7 Wochen bestand Inkontinenz trotz Faradisation, wahrscheinlich in Folge der brüsken Dilatation.

Terrier: Vaginale Hysterektomie, Heilung. Eine 44jährige Frau leidet seit einem Jahre an einem Epithelioma colli. Operation. Uterus schwer herabzuziehen, Lig. lat. mit 3 langen Pinzetten gefasst, die liegen bleiben und nach 48 Stunden entfernt werden. Heilung. Zwei andere Pat. T.'s, die vor einem Jahre operirt wurden, sind noch recidivfrei.

Terrillon zeigt eine 49jährige Frau, bei der er die Uterusadnexe wegen Menorrhagien und Ovarialneuralgie entfernt hatte. Jetzt ist die Pat. vollkommen wieder hergestellt und verliert kein Blut. **Heilbrun** (Kassel).

## 4) Aus der geburtshilflichen Abtheilung der Akademie der Medicin in Irland.

(Dublin. journ. of med. science 1886. März.)

Sitzung am 8. Januar 1886.

More Madden demonstrirt eine große multilokuläre Ovariencyste, die er einer 50jährigen Multipara mit glücklichem Erfolg exstirpirte.

J. L. Laue, eine Hydatitenmole.

Macan, 1) ein beginnendes Carcinom des Cervix, sekundär auf einem Carcinom des Rectum entstanden.

2) Theile eines in myxomatöser Degeneration begriffenen intra-uterinen Fibromyom; der ganze Tumor war mit Schultze's Löffelzange vollständig und mit Erfolg entfernt worden.

3) Kleines, rein cervikales Fibromyom.

4) Kleines Angiofibrom des Cervix mit federkieldickem Stiel.

5) Papillom der Vulva.

6) Ovarientumor, komplicirt mit Uterusprolaps.

More Madden: Über Verlagerung der Ovarien. In der Diskussion wird als ätiologisches Moment chron. Überfüllung der Därme erwähnt und die Nutzlosigkeit mechanischer Behandlung hervorgehoben.

W. J. Smyly, 1) Ein Fibromyom des Cervix, unter Hinweisung der Gefährlichkeit derselben bei eintretender Geburt.

2) Beide Ovarien und die rechte Tube einer Pat. wegen Blutungen in Folge Uterusfibroms exstirpirt. Operation war durch starke Dicke der Bauchdecken und durch peritonitische Fixation beider Ovarien besonders erschwert gewesen.

In der Diskussion (Macan und Atthill) wird der Kastration bei Myomen in eindringlicher Weise das Wort geredet, gegenüber der Myomotomie resp. Hysterektomie, wobei durchscheint, dass beide Redner mit der letzteren sehr schlechte Erfahrungen gemacht haben, ohne doch für die andere Operation exakt beweisende Erfolge vorführen zu können. Auch bei Smyly fehlt jede Zeitangabe.

**Zeiss** (Erfurt).

5) **Fourness Simmons** (Edinburg). Seltene Fälle von bösartiger Erkrankung der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane.

(Edinb. med. journ. 1885. December u. 1886. Januar.)

Die beiden ersten Fälle, ein Epitheliom der Clitoris und eins dessgleichen der großen Labien, bieten Besonderes nicht. Im ersten Fall erfolgte Recidiv, den zweiten verlor man nach der Operation aus den Augen. Verf. will, bei wiederkehrender Gelegenheit, nach Küstner's Rath, auch die tiefen Inguinaldrüsen entfernen.

Im dritten Fall erkrankte eine 19jährige, junge Frau unter Schmerzen im Unterleib, Kreuz und linkem Oberschenkel, an heftigen, bedrohlichen Blutungen. Am unteren Theil der hinteren Scheidenwand fand sich, als Quelle der Blutungen, ein walnussgroßer, zum Theil oberflächlich zerfallener Tumor, die übrigen Genitalien gesund. Derselbe trat bei Husten, Pressen zum Stuhl zu Tage, er wurde exstirpirt; die Wunde schien verheilt; dennoch traten nach etwa 3 Wochen aus derselben Stelle wieder die heftigsten Blutungen ein, denen Pat. 14 Tage später erlag. Der Tumor erwies sich als Sarkom. (Unter den interessanten Punkten, die S. bei diesem Falle fixirt, fehlt wohl der, dass man statt die Scheide zu tamponiren etc., nicht auch einmal versucht hat, die Stelle zu umstechen. Ref.)

4) Eine 42jährige Wittwe klagt seit 3/4 Jahren über Blutungen, Dysurie und Obstipation; im Septum recto-vaginale sitzt ein elastischer Tumor von der Größe einer kleinen Kokosnuss, welcher das Perineum stark verdrängte. Die Punktion ergab leicht gerinnendes Blut; in demselben spindelförmige, mit Kernen versehene Sarkomzellen. Es wurde desshalb von weiterem operativen Eingreifen abgesehen.

Der 5. Fall betraf eine 52jährige Frau, die vor einem Jahr zuletzt menstruirt hatte, seit einigen Wochen über wässrigen Ausfluss, über Schmerzen bei Stuhl- und Urinentleerung, zuweilen über Retention des Urins klagte. Der Befund der inneren Untersuchung war dem im vorigen Fall sehr ähnlich. Der Tumor war kindskopfgroß, füllte das Becken nach vorn und hinten aus, ließ aber etwa 3/4 Zoll des Rectovaginalseptums nach unten zu frei. Der Fundus uteri stand beweglich in der rechten Leistengegend. Die in diesem Falle vorgenommene Laparotomie enthüllte einen hinter dem Uterus, über diesen noch aufsteigenden, sehr gefäßreich scheinenden Tumor, der, extraperitoneal gelegen, in das Becken wie eingekeilt schien. Die Bauchhöhle wurde über demselben wieder geschlossen. Punktion des Douglas ergab 12 Unzen Blut, welches wieder spindelförmige, gekernte Zellen enthielt; wurde später wiederholt, ohne Änderung in den Beschwerden herbeizuführen. Die Schmerzen nahmen im Gegentheil an Intensität und Ausdehnung zu; der Tumor wuchs nach der Bauchhöhle zu, nahm nach unten hin eine mehr höckerige Beschaffenheit an. Auch hier wurde die Diagnose auf Sarkom gestellt.

Der einzige, bisher veröffentlichte Fall, der sich den 2 letzten an die Seite stellen ließe, ist der von Mundé (med. journ. of. obstetrics XVI. p. 946).

Auch hier sei massenhaft blutige Flüssigkeit vorhanden gewesen und der Tumor als Rundzellensarkom erwiesen worden. Als etwa für beide vorliegende Fälle betreffs der Differentialdiagnose in Betracht kommend werden Hämatom und Carcinom erwähnt. Die überstandene Menopause (in einem Falle wenigstens) und die später nicht eintretende Schrumpfung lassen das Erstere, Ausbleiben von ulcerativen und metastatischen Processen das Letztere als ausgeschlossen erscheinen. Ein operatives Eingreifen bietet in keiner Hinsicht Aussicht auf Erfolg; Mundé, der den Tumor von der Scheide her ausräumte, verlor die Kranke, wahrscheinlich an Sepsis.

**Zeiss** (Erfurt).

6) **Terrillon** (Paris). Allgemeine Sarkomatose, ausgehend von einem Labium minus.

(Ann. de gynécol. 1886. Juli.)

Bei einer 62jährigen Frau wurde ein an der Innenfläche des rechten Labium minus sitzendes, etwa nussgroßes melanotisches Sarkom mittels Thermokauter entfernt. Die Schleimhaut in der Umgebung des Tumores, eben so die der Vagina und der Vaginalportion, zeigte dunkle Pigmentirungen. Anderweite Tumoren

konnten zur Zeit der Operation am Körper nicht nachgewiesen werden. — Vier Monate später wurde ein durch die Haut dunkel durchschimmernder Tumor in der rechten Leistenbeuge konstatirt und von dieser Zeit an entwickelten sich rapid im ganzen Körper Metastasen. Untersuchung des Blutes zeigte Vermehrung der weißen Blutkörperchen und zahlreiche dunkle Pigmentkörnchen. Der Urin nahm, sobald er einige Zeit der Luft ausgesetzt war, eine tiefschwarze Farbe an. 3/4 Jahr nach der Operation erlag die Pat. der allgemeinen Sarkomatose.

**Skutsch** (Jena).

7) **Herrgott** (Nancy). **Komplikation von Geburt mit Ovarialtumor.**

(Ann. de gynécol. 1886. Juni.)

Im Anschluss an einen Fall, in welchem bei mäßig großem, über dem Becken, hinter dem Uterus gelagerten Ovarialkystom die Geburt am normalen Ende der Schwangerschaft ohne Schwierigkeit spontan verlaufen war, theilt H. seine Ansichten über die Komplikation von Geburt mit Ovarialtumor mit. Er befürwortet im Allgemeinen die Ovariotomie während der Gravidität; in Fällen aber, in denen Entzündungsprocesse vorangegangen sind und ausgedehnte Adhäsionen eine komplicirte Operation in Aussicht stellen, zieht er die Punktion vor, falls überhaupt ein baldiger Eingriff (etwa wegen Behinderung der Athmung) indicirt ist. Wenn möglich, will er die Ovariotomie so lange hinausschieben, bis der Fötus lebensfähig ist, weil er den frühzeitigen Eintritt der Geburt nach der Laparotomie befürchtet. Bei mittelgroßen, über dem Becken liegenden Tumoren hält er Abwarten bis zum Ende der Schwangerschaft für erlaubt. Kleine, im Becken eingekeilte Tumoren sollen, wenn möglich, frühzeitig emporgeschoben werden. **Skutsch** (Jena).

8) **J. Halliday Croom** (Edinburg). **Mittheilung über einen Fall von Urinretention aus ungewöhnlicher Veranlassung.**

(Edinb. med. journ. 1886. Februar.)

Die Kranke, seit 2 Jahren verheirathet, zeigte einen starken Riss im Hymen, der sich ziemlich 3 cm weit in die hintere Scheidenwand hinein erstreckte. Sie hatte seitdem nur immer ganz kleine Mengen Urins entleeren können. Blase enthielt 2 Liter Urin.

Die Ansicht, dass in diesen Fällen, die Kranken zunächst den Urin möglichst lange zurückzuhalten suchen, aus Furcht vor dem Brennen beim Benetzen der wunden Stelle und dass dann in Folge der Überfüllung eine Lähmung der Blase entstehe, hält Verf. für unrichtig. Es handelt sich hier im Gegentheil um einen reflektorisch von den in der Wunde freiliegenden Nervenenden ausgelösten Krampf des Sphincter vesicae. Auf derselben Ursache beruht die so häufige Retentio urinae bei Dammrissen. **Zeiss** (Erfurt).

9) **Bois** (Aurillac). **Gastrische Störungen in der Schwangerschaft, geheilt durch Applikation von Cocain auf das Collum.**

(Bull. génér. de thérapeutique 1886. No. 11.)

Eine junge Frau zeigte im Anfang der dritten Schwangerschaft gastrische Störungen, welche so zunahmen, dass die Nahrungsaufnahme nicht möglich war. Cocain, Opium und andere Mittel, innerlich genommen, hatten keinen Erfolg. Der Zustand war ein so trostloser, dass der Abort eingeleitet werden sollte, als B. sich entschloss, den Uterus direkt zu behandeln. Er ließ nach Beaumetz' Vorschrift eine Salbe machen aus 1,0 Cocain und 50,0 Vaselin. Ein Tampon, mit dieser Salbe bestrichen, wurde gegen das Collum gelegt und 1 bis 2 Stunden liegen gelassen. Dies wurde 2mal täglich ausgeführt, 3 Wochen lang. Nach und nach besserten sich die Störungen, Nahrung wurde wieder aufgenommen und vertragen. Schließlich trat vollständige Heilung ein. **Heilbrun** (Kassel).

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

**No. 52 nebst Titel und Inhaltsverzeichnis erscheinen in 14 Tagen.**

# Centralblatt

für

# GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

**Heinrich Fritsch**

in Breslau.

Zehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

**№ 52.** **Sonnabend, den 25. December.** **1886.**




## Einige Vorschläge zur Methodik der vergleichenden Untersuchungen über den Werth des Credé'schen Verfahrens der Behandlung der Nachgeburtsperiode gegenüber dem abwartenden Verfahren.

Von

**F. Ahlfeld.**

In den letzten Jahren haben wiederholt Vorstände von Entbindungsanstalten sich der Mühe unterzogen, vergleichende Untersuchungen vorzunehmen oder vornehmen zu lassen, um die Frage zu entscheiden, wie groß der Blutverlust bei einer normalen Geburt sei und ob bei Anwendung des Credé'schen Handgriffs oder bei der von mir empfohlenen abwartenden Methode mehr Blut verloren werde. Es sind mir bekannt geworden die Arbeiten von Schauta[1], Roemer[2], Cohn[3] und Fischer[4].

So dankenswerth diese Arbeiten sind, so führen sie doch zu keinen verwerthbaren Resultaten, wenn die Autoren sich nicht be-

[1] Wiener med. Blätter 1886. No. 11—13.
[2] Archiv für Gynäkologie. Bd. XXVIII. Hft. 2.
[3] Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XII. Hft. 2.
[4] Dieses Centralblatt 1886. No. 49.

mühen, nach einheitlichem Plane vorzugehen, womöglich auf Grundlage der von mir gemachten Vorschläge.

Es sei mir gestattet, auf eine Reihe von Fehlern in den Untersuchungsmethoden aufmerksam zu machen, die fernerhin nothwendig vermieden werden müssen, wenn nicht von vorn herein das Resultat als ein auf falschen Prämissen beruhendes Anspruch auf Berücksichtigung verlieren soll.

1) Nothwendige Bedingung ist, dass wenn vergleichende Beobachtungen beider Methoden ausgeführt werden, eine gleiche Beobachtungszeit innegehalten wird, nicht aber, wie dies thatsächlich der Fall ist, bei der Credé'schen Methode nur die Blutmenge angegeben wird, welche in einem kurzen Zeitraum abfließt, während man bei der abwartenden Methode eine weit längere Beobachtungszeit berücksichtigt.

Obwohl schon Schroeder auf diesen Fehler aufmerksam macht, indem er schreibt: »Das Zuwarten lässt die Halbentbundenen mehr Blut verlieren — vielleicht scheint es so, weil sie länger im Entbindungszimmer beobachtet werden —«, obwohl ich im 2. Bande meiner Berichte und Arbeiten, p. 53, darauf hingewiesen habe, es sei wünschenswerth, dass die in den ersten 2 Stunden abgehenden Blutmengen bei beiden Methoden gegenüber gestellt würden, so haben doch die Autoren diesen Rath nicht befolgt und es sind daher zum Theil gänzlich unzuverlässige Resultate herausgekommen.

Ich habe mir aus Fischer's Mittheilungen herausgerechnet, wenn ich die Zahl der Procente multiplicirte mit der Zahl für die letzte Beobachtungsminute, dass bei den nach Credé's Methode geleiteten Geburten die Beobachtungszeit im Durchschnitte 17,25 Minuten betrug, während nach abwartender Methode sich die Beobachtungszeit über 42,60 Minuten erstreckte. Also dauerte die Beobachtungszeit im Durchschnitte 25 Minuten länger. So kommt Fischer zu dem Resultate, dass beim Credé'schen Handgriffe 208 g, bei meiner Methode 313 g Blut verloren gingen. Schauta hat nun experimentell nachgewiesen, dass in den auf die Geburt der Placenta folgenden 3 Stunden nach meiner Methode noch 154 g Blut folgen, nach Credé's Methode aber 319 g. Würden wir dies zu Fischer's Zahlen hinzufügen, so wäre der Gesammtblutverlust 3 Stunden nach Ausstoßung der Placenta beim Credé'schen Verfahren 527 g gewesen, nach meinem Verfahren nur 467 g. Und damit wäre die Beobachtungszeit noch immer zu Ungunsten meiner Methode verlängert.

Diesen Fehler hat auch Schauta nicht vermieden. So weit aus seinen Angaben es zu berechnen ist, beträgt die Beobachtungszeit bei der Mehrzahl der nach meiner Methode durchgeführten Geburten 4—5 Stunden und darüber, während bei den nach Credé'scher Methode geleiteten nur $3^1/_4$ Stunde und etwas darüber die Blutmengen aufgefangen wurden.

Roemer hat diesen Fehler auszuschalten versucht, indem er bei den nach Credé's Verfahren geleiteten Geburten noch eine halbe

Stunde nach Austritt der Placenta die Blutmengen zurechnete. Ob damit meinem Postulate Genüge geschehen, lässt sich aus Roemer's Angaben nicht ersehen.

Also wenn fernerhin derartige Versuche gemacht werden, so bitte ich die Beobachtungszeit bei beiden Reihen gleich zu setzen; 2, 3, 4 oder 5 Stunden.

2) Es dürfen nicht nach Belieben Geburten aus der Beobachtungsreihe ausgelassen werden.

Fischer hat bei der Berechnung des Durchschnittsblutverlustes alle operativen Geburten und alle Fälle atonischer Blutungen ausgeschaltet, Schauta die Fälle mit stärker blutenden, größeren Vaginal- und Dammrissen, so wie eben solche Episiotomiefälle. Damit ist natürlich der Willkür Thür und Thor geöffnet. Da nach meinen Erfahrungen atonische Blutungen zumeist erst die Folgen des Credé'schen Handgriffes zu sein pflegen, so fallen bei Ausschließung dieser Geburtsfälle diejenigen Fälle weg, welche eine wesentliche Verschlechterung der Resultate nach Credé'schem Handgriff mit sich bringen. Auch die Fälle, in denen Verletzungen die Quelle der Blutung zu sein scheinen, dürfen nicht ausgeschlossen werden, da man nur sehr selten mit Bestimmtheit behaupten kann, ob nicht nebenbei auch Blut aus dem nach Credé'scher Methode entleerten Uterus abgeht.

Also bitte ich bei ferneren Versuchen keine Fälle ausfallen zu lassen. Ist die Zahl der Beobachtungen eine genügend große, so werden sich die von der Methode unabhängigen Blutungen in beiden Versuchsreihen ungefähr procentarisch gleich verhalten.

3) Wird mein Name mit der neben dem Credé'schen Handgriffe zu vergleichenden Methode verbunden, so muss ich verlangen, dass auch wirklich das von mir beschriebene Verfahren angewendet wird. Dazu gehört vor Allem: die Gebärmutter nicht zu betasten, keinerlei wehentreibende Mittel zu geben, auch keine Scheidenausspülung nach Geburt des Kindes vorzunehmen, nach $1^1/_2$ Stunden die Placenta zu exprimiren; wenn aber eine Blutung eintritt, die Massage der Gebärmutter, event. die zeitige Expression der Placenta etc. anzuwenden, event. Schließung blutender Gefäße vorzunehmen.

Das Entscheidende bei diesen vergleichenden Untersuchungen wird das Procentverhältnis der Fälle sein, in denen während der ganzen Nachgeburtsperiode bis $1^1/_2$ Stunden nach Geburt des Kindes kein Eingreifen nothwendig wurde, zusammengestellt mit der Durchschnittsblutmenge. Mit anderen Worten: je größer der Procentsatz der Geburten ist, bei denen ein vollständig abwartendes Verfahren möglich war und je kleiner die Durchschnittsmenge des Blutverlustes, desto mehr spricht das Resultat für meine Methode. Um ein konkretes Beispiel anzuführen: Bei den letzten 500 Geburten in unserer Anstalt betrug, sämmtliche abnorme Geburten mitgerechnet, der durchschnittliche Blutverlust in den 4 ersten Stunden nach Geburt des Kindes 460 g. In 94 % dieser Geburten kam das rein ab-

wartende Verfahren zur Anwendung (in 80 % wurde die Placenta erst nach $1^{1}/_{2}$ Stunden exprimirt, in 14 % wurde sie vor dieser Zeit spontan geboren). Ein Todesfall an Verblutung kam nicht vor. Das entscheidende Verhältnis ist also: 94 : 460 : 0 (Todesfall)[5].

Aus Fischer's Untersuchungen ist zu entnehmen, dass er nur in einer verhältnismäßig kleinen Zahl von Fällen die von mir angegebene Zeit abgewartet hat, denn in 87 % der Fälle war die Placenta schon im Verlaufe einer Stunde geboren; eben so ist dies auch von Seiten Schauta's der Fall gewesen, welcher unter 100 Geburten 42mal schon vor Ablauf einer Stunde die Placenta exprimirte oder sie spontan austreten sah.

Ich habe allen Grund anzunehmen, dass dieses verfrühte Austreten die Folge von Manipulationen sei, denn bei vollständig passivem Verhalten, wie es bei uns geübt wird, wurde vor Ablauf einer Stunde nur in 20,4 % die Placenta ausgestoßen oder dieselbe musste künstlich entfernt werden.

Es bestärken mich in der Annahme, dass zumal Fischer nicht ein vollständig passives Verfahren bei seinen Versuchen angewendet habe, die von unseren Erfolgen so auffallend abweichenden Resultate. So machte sich die manuelle Entfernung der Placenta in 3,2 % nothwendig; bei uns nur in 0,4 % bei 500 Geburten der Jahre 1885 und 1886. Nachblutungen beobachtete er in der enormen Zahl von 13 %, wir nur in 2 % bei derselben Zahl von Geburten, Blutungen ganz geringer Art, die in keinem Falle die Anwendung eines anderen Mittels, als der Scheidendusche nothwendig machten.

In sämmtlichen Berichten ist unerwähnt geblieben, ob bei Anwendung des Credé'schen Verfahrens irgend andere Mittel, als direkt zu diesem Verfahren gehören, angewendet worden sind, als Secale, Hydrastis canadensis, Eis, Ausspülungen etc. Nur Fischer gesteht, dass er bei Anwendung der Credé'schen Methode Secale gegeben habe.

Also bitte ich bei weiteren Versuchen, wenn es sich um Prüfung meiner Methode handelt, vollständig passiv zu verfahren, keinerlei Kontraktionen hervorrufende Mittel anzuwenden, keine Ausspülung post partum zu machen und nur bei Blutungen einzuschreiten, sonst aber ruhig $1^{1}/_{2}$ Stunde verfließen zu lassen und in dem Berichte anzugeben, wie viele Male vor dieser Zeit die Placenta spontan austrat oder entfernt werden musste.

4) Schauta hat einen Maßstab des Werthes bei den Methoden vorgeschlagen, den zu benutzen ich gern bereit bin, nämlich anzugeben, wie häufig Blutungen über 1000 Gramm vorkommen. Natürlich müssen auch bei diesen Versuchen die gleichen Prämissen gelten, wie ich sie eben aufgeführt habe, besonders muss die Zeiteinheit gewahrt werden.

Wenn alle diese Punkte bei weiteren Versuchen beobachtet und

[5] Diese Zahlen sind einer vorläufigen Berechnung entnommen. Im dritten Bande meiner Berichte und Arbeiten werde ich dieselben ausführlicher bringen; möglich, dass sie dann um eine Kleinigkeit anders lauten.

in den Publikationen berücksichtigt werden, dann kann man die Resultate mit denen anderer Autoren vergleichen und beide Methoden besser gegen einander abwägen.

Neben dieser Frage über die Höhe des Blutverlustes bei beiden Methoden ist die andere eben so wichtige, über den Einfluss auf die Gesundheitsverhältnisse im Wochenbette, von allen genannten Autoren mit berücksichtigt worden. Leider herrscht aber auch bei diesen Beobachtungen kein gleichmäßiges Verfahren und ich möchte bitten, Folgendes bei weiteren Versuchen zu berücksichtigen:

5) In Betreff der Blutungen im Wochenbette ist anzugeben, wie oft ärztliches Einschreiten dieser Blutungen halber nothwendig wurde; ferner ob die Frauen im Allgemeinen, die Involution des Uterus bewirkende Mittel, als Secale, Eis, Sandsack, Binde, Ausspülungen, Massage im Wochenbett erhalten, event. in wie viel Procent der Fälle diese Mittel nothwendig wurden.

6) In Bezug auf Fieber im Wochenbette erscheint es zweckmäßig, weil die meisten Autoren jetzt so verfahren, alle Temperaturen, welche über 38° gehen, als fieberhafte zu bezeichnen.

7) Absolut nothwendig ist, wenn eine Vergleichung ermöglicht werden soll, die Messungen eine gleiche Zeit, während des ganzen Aufenthaltes im Wochenbette durchzuführen oder wenigstens anzugeben, bis zu welchem Tage die Messungen fortgesetzt sind.

8) Sollten Todesfälle verzeichnet werden, so könnte dabei angegeben werden, ob gerade in den Fällen die abwartende Methode hat benutzt werden können oder nicht, d. h. ob man frühzeitig zur Expression genöthigt war.

Obwohl ich demnächst eine größere Publikation, die Resultate der abwartenden Methode bei 1000 auf einander folgenden Geburten umfassend, zu bringen gedenke, so schien es mir doch nothwendig, obige Bitten jetzt schon auszusprechen, damit Fachgenossen, welche etwa mit experimenteller Prüfung dieser schwebenden Frage beschäftigt sind, sie berücksichtigen möchten, um auf diese Weise eher zu Resultaten zu gelangen, die wir mit einander vergleichen können.

---

## 1) H. Fehling (Stuttgart). Über die Anwendung von Arzneimitteln bei Stillenden und den Einfluss der Milch auf den Säugling.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVII. Hft. 3.)

Der Inhalt der F.'schen Arbeit ist theilweise schon auf der deutschen Naturforscherversammlung zu Magdeburg von ihm in einem Vortrag mitgetheilt worden. Ein Referat des letzteren findet sich in diesem Blatt 1885, p. 659, auf welches im Wesentlichen verwiesen werden kann. Es sei hier nur kurz wiederholt, dass F. mit Natr. salicyl. und Kal. jod., was den Übergang dieser Arzneimittel in die Milch der Mutter und durch diese aufs Kind be-

trifft, stets positive Resultate erzielte, mit Ferrocyankalium dagegen nicht. Bei Wöchnerinnen, bei welchen Quetschwunden an Damm oder Vulva mit Jodoform bestreut wurden, ließ sich nach einiger Zeit stets Jod im Urin und in der Milch nachweisen, im Urin des Kindes meist, wenn auch nicht in allen Fällen. Eine schädliche Einwirkung auf den Säugling wurde nie beobachtet. Der Nachweis des Überganges von Quecksilber durch die Milch gelang zwar in einigen Fällen, in der Mehrzahl dagegen nicht. Ein Einfluss von den stillenden Müttern verabreichten Säuren (Citronen-, Salz-, Essigsäure) auf den Säugling konnte nicht beobachtet werden. Verschieden gestaltete sich das Resultat bei mit Narcoticis angestellten Versuchen. Während Tinct. Opii simpl. (gutt. XXV) bei dem Säugling nie Schlafsucht oder Obstipation, Morphium nur in wenigen Fällen längeres Schlafen herbeiführte, ließ sich eine gewisse, wenn auch geringe Chloralwirkung konstatiren, besonders dann, wenn das Kind ³/₄ Stunden nach dem ersten Einnehmen angelegt und dann schon nach 2 bis 3 Stunden wieder zum Stillen geweckt wurde. Subkutane Injektion von einer 1 %igen Lösung von Atrop. sulf. (0,001—0,005) bei der Mutter rief meist bei dem Kind Pupillenerweiterung, wenn auch verschiedenen Grades hervor.

Eine Einwirkung der Milch fiebernder Mütter auf den Säugling konnte F. nur in einigen wenigen Fällen schwerer Erkrankung der Mutter (anhaltendes Fieber über 40°) beobachten. Die Fieberkurve des Kindes zeigte der der Mutter analoge Hebungen und Senkungen. Einige derselben gingen an Darmkatarrh zu Grunde, ob allein in Folge der Milch bleibt fraglich.

Überraschend ist die von F. in seiner Anstalt beobachtete Thatsache, dass nur ein Viertheil aller dort Entbundenen im Stande war, ihr Kind allein zu nähren; ein Beweis dafür, dass das Nichtstillenkönnen nicht nur ein trauriger Vorzug der besseren Gesellschaftsklassen ist.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen dem Säugegeschäft der Erst- und der Mehrgebärenden konnte nicht gefunden werden.

**Graefe** (Halle a/S.).

---

## 2) C. **Braun-Fernwald** (Wien). Über die vielseitige Verwendbarkeit einer dreigestaltigen Geburtszange.

(Wiener med. Wochenschrift 1886. No. 9.)

B.-F. giebt nach den an seiner Klinik erworbenen Erfahrungen zu, dass die Extraktion des hochstehenden Schädels bei räumlichem Missverhältnisse leichter und schonender mit einer Achsenzug- oder Beckeneingangszange, als mit dem gewöhnlichen Forceps ausgeführt und damit manche Kraniotomie umgangen werden könne. Dies ist ein sehr werthvoller Ausspruch des Autors gegenüber seiner früheren Meinung über die modernen Zangenbestrebungen.

Außerdem giebt B.-F. eine Modifikation der gewöhnlichen Schulzange an, welche er Forceps trimorpha nennt und welche nach seiner

Meinung allen Erfordernissen bei typischen und atypischen Zangenoperationen entsprechen soll. Das Instrument soll gleichzeitig die Dienste der gewöhnlichen Schul- und einer Achsenzugzange leisten und ist nach dem Princip der Beckeneingangszange von Breus konstruirt. Hoffentlich folgt bald die Publikation einer Kasuistik, welche die Verwendbarkeit des Instrumentes zeigt.

**Felsenreich** (Wien).

---

### 3) C. Breus (Wien). Zur Frage der Beckeneingangszange.

(Wiener med. Presse 1886. No. 11.)

B. behauptet in dem kritischen Artikel, dass die von Braun-Fernwald angegebene dreigestaltige Zange nur eine Nüancirung der von ihm konstruirten Beckeneingangszange sei. Die angebrachten Veränderungen wurden aber nicht zum Vortheile des Instrumentes vorgenommen. Die Verkürzung der Löffel hält B. für direkt nachtheilig und glaubt überhaupt nicht, dass ein- und dasselbe Instrument für Beckeneingangs- und Ausgangsoperationen gleich leistungsfähig sein könne.

Nur eine von einem gewiegten Operateur veröffentlichte Kasuistik kann zeigen, wie weit die schlimme Prophezeiung des Autors für die Braun-Fernwald'sche Zange zutreffend ist. B., dessen Talent für die Modifikation und Vereinfachung der Instrumente anerkannt werden muss, spricht in dem Artikel noch zu wenig objektiv, um uns zu nöthigen, auf sein Urtheil allein hin jeden weiteren Versuch mit der Braun-Fernwald'schen Zange zu unterlassen. Gewiss ist es, dass das Verdienst von B. um die weitere Ausbildung der Achsenzugzangen leicht durch Braun-Fernwald eine wärmere Anerkennung hätte finden sollen.

**Felsenreich** (Wien).

---

### 4) E. Bumm (Würzburg). Zur Ätiologie der puerperalen Mastitis.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVII. Hft. 3.)

B. hatte im Eiter eines geschlossenen Mammaabscesses (Arch. f. Gyn. Bd. XXIV) einen Mikroorganismus gefunden, welcher bereits früher von anderen Forschern beobachtet und gezüchtet, von Rosenbach in Anbetracht der goldgelben Farbe, welche seine Kulturen annehmen, als Staphylococcus pyogenes aureus getauft worden ist. In 4 weiteren Fällen gelang es ihm, denselben Coccus nachzuweisen. Im Gegensatz zu Rosenbach, welcher denselben als rein kugelförmig beschreibt, konnte er sich stets davon überzeugen, dass es sich um einen echten Diplococcus handelt.

Das übereinstimmende Resultat von 5 auf einander folgenden Untersuchungen machte es B. wahrscheinlich, dass bei der eitrigen Mastitis konstant der gelbe, traubenförmig wachsende Diplococcus im Spiele sei. Er musste diese Ansicht aber aufgeben, als er bei 3 weiteren Fällen im Eiter nicht Trauben-, sondern Kettenkokken fand.

Auch das klinische Bild war bei diesen letzteren Fällen ein anderes, wie bei den ersten fünf.

Das Ergebnis seiner interessanten Untersuchungen fasst B. selbst am Schluss seiner Arbeit in folgenden Sätzen zusammen:

Auf Grund unserer bisherigen Beobachtungen müssen wir bei der puerperalen Mastitis einen zweifachen Modus der Pilzinvasion als sicher gestellt annehmen. Sie kann entweder von den Läsionen an den Warzen aus oder auf dem Weg der Ausführungsgänge der Drüse erfolgen.

Bei der ersteren Art der Infektion verläuft der Process unter dem klinischen Bild einer akuten Phlegmone, welche sich von der Warze aus über die Brust verbreitet, zunächst im Bindegewebe ihren Sitz hat und erst sekundär auf die durch eitrige Schmelzung des periadenitischen Gewebes isolirten Drüsenlappen übergreift. Am meisten wird dieser Typus der Mastitis durch den Streptococcus pyogenes hervorgerufen. Doch ist nicht ausgeschlossen, dass auch die Eiterung erregenden Staphylokokken den gleichen Weg einschlagen, wenn auch ihre häufige Anwesenheit auf Schrunden, ohne dass eine progressive Entzündung und Abscedirung auftritt, ein derartiges Vorkommnis nicht gerade sehr wahrscheinlich macht.

Bei der zweiten häufigeren Art der Mastitis erfolgt die Pilzinvasion — und zwar scheinen hier vorzugsweise die pyogenen Staphylokokken betheiligt zu sein — vom Inneren der Drüsenacini aus. Diese im wahren Sinne des Wortes parenchymatöse Form beginnt demnach als entzündliche Verhärtung eines oder mehrerer Lappen, die sich dem tastenden Finger als tief unter der Haut liegender Knoten präsentiren. Sie führt erst im weiteren Verlauf zur Vereiterung des periadenitischen Gewebes.

Je mehr der Abscess sich der Reife nähert, desto mehr treten diese anfänglich vorhandenen Unterschiede zurück, so dass in vielen Fällen eine Entscheidung darüber, ob die eine oder die andere Form vorliegt, nicht mehr möglich ist. **Graefe** (Halle a/S.).

---

5) **C. Breus** (Wien). Zur Technik der gynäkologischen Untersuchung und Therapie.

(Wiener med. Presse 1886. No. 38, 39.)

Ein selbsthaltender Löffelspiegel entspricht nur dem praktischen Bedürfnisse und ersetzt den Assistenten erst in werthvoller Weise, wenn das Instrument nicht komplicirt, schwerfällig und in seiner Handhabung umständlich ist. Das Speculum muss ähnlich einfach wie sein Vorbild, der Sims'sche Spiegel bleiben.

Dieser Anforderung entsprechen weder die am Operationstische angebrachten Specula, da sie eine vollständige Fixation der Kranken voraussetzen, noch die außen oder innen, am Körper der Kranken durch irgend welche Vorrichtungen fixirten Spiegel. Die selbsthaltenden Spiegel nach dem Principe des Sims'schen Löffels, wie sie Thomas, Baxter und Massari angaben, sind theils zu komplicirt

oder fixiren sich nur unvollständig, wie der noch am meisten von Breus anerkannte Spiegel von Massari. Der Letztere ist für die Seitenlage angegeben, besteht aus zwei Blättern für die hintere und vordere Vaginalwand und findet seine Feststellung durch die Anpressung des vorderen Blattes an die Symphyse. Diese Fixation, so wie die jeweilige gebotene Distanz der beiden Blätter wurde durch einen Bozemann'schen Schraubenapparat erreicht, wodurch das Instrument schwerfällig und komplicirt, die Reinigung sehr erschwert und der Preis sehr hoch wurde. B. hat die Idee des Massari'schen selbsthaltenden Spiegels wieder aufgegriffen und statt des komplicirten Bozemann'schen Schraubenapparates die beiden Blätter für die vordere und hintere Wand an schlanke Stiele gesetzt, welche durch eine hufeisenförmige Feder mit einander verbunden sind. Die Anwendung des Speculums (Seitenlage) ergiebt sich von selbst. Ein großer Vortheil der neuen Modifikation liegt darin, dass das Instrument (2 Größen genügen) aus einem einzigen Stücke unzerlegbar hergestellt ist. Ergänzende Einrichtungen zur Einstellung verschiedener Größen und Formen von Spiegeln, zur Regulirung der Federkraft, komplieiren entsprechend und sind nach Breus unnöthig. Der Ref. hatte noch nicht Gelegenheit, das Instrument zu erproben, möchte aber dasselbe schon seiner Einfachheit wegen den Kollegen zu Versuchen empfehlen (Instrumentenfabrikant Reiner in Wien). **Felsenreich** (Wien).

---

### 6) **G. Krukenberg** (Bonn). Über die Entstehung der Placenta marginata.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXVII. Hft. 3.)

In einem auf der Naturforscherversammlung zu Magdeburg gehaltenen Vortrag (cf. Bericht dieses Blattes 1884, p. 664) hat sich Küstner über die Entstehung der Placenta marginata dahin geäußert, dass sie im Wesentlichen auf ein Missverhältnis im Wachsthum der Placenta und dem geringeren Wachsthum des Uterus, resp. der Decidua zurückzuführen sei. Die Richtigkeit dieser Erklärung wurde von anderer Seite bestritten. In der vorliegenden Arbeit sucht K. sie auf Grund zweier Zwillingsplacenten mit doppeltem Chorion, welche marginatae waren, zu stützen.

Hier sei nur kurz der Befund an dem ersten Präparat wiedergegeben. Ein großer Theil der Eihäute des ersten Eies war völlig außer Zusammenhang mit der zugehörigen Placenta, hing dagegen fest mit den Eihäuten des zweiten Eies, besonders aber auch mit dessen Placenta zusammen. Letztere war genau so weit, als dieser Zusammenhang stattfand, eine marginata. Der nach außen vom Margo gelegene Placentartheil hatte die Gestalt einer Mondsichel. In geringerem Grad war auch die erste Placenta in ihrem, dem zweiten Ei zugekehrten Rand eine marginata. Ganz ähnlich lagen die Verhältnisse im zweiten Fall. Besonders übersichtlich waren sie da, wo die Eihäute des fremden Eies an der Placenta haften blieben. K. macht hierfür die abnorme Lage des Margo, weil er sich nur an der

Stelle findet, an welcher die betreffenden Placenten mit den Eihäuten des anderen Eies in Berührung standen, die Raumbeschränkung verantwortlich, welche jedes Ei durch das andere erfuhr. Die Placenta wuchs da, wo sie und ihr Chorionrand mit der anderen Fruchtblase in Berührung stand, unbehindert weiter, konnte hier jedoch das bis dahin randständige Chorion wegen der Widerstände, welche das andere Ei bot, nicht entsprechend mit nach außen führen. Verf. glaubt hiermit eine einfache Erklärung der Überwucherung der Placentarzotten über den Chorionrand, also der Bildung der Placenta marginata gefunden zu haben. Sie setzt voraus, dass der Uterus einen gewissen Druck ausgeübt, also nach Küstner nicht völlig gleichen Schritt mit dem Wachsthum der Ovula, speciell auch ihrer Placenten gehalten. Die Ursache hierfür ist eventuell in einer Schwangerschaftsstörung zu suchen. In K.'s beiden Fällen war nachweisbar Mastitis und Endometritis vorhanden gewesen.

Was nun die Entstehung der Placenta marginata bei einfacher Schwangerschaft betrifft, so nimmt K. als wahrscheinlich an, dass hier einer Vermehrung der Deciduaflüssigkeit eine wesentliche Bedeutung zukommt, dass diese eben so wirkt, wie in den von ihm beschriebenen Fällen das jedesmalige andere Ei.

Graefe (Halle a/S.).

## Kasuistik.

7) Aus der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zu Paris.

Sitzung vom 13. Mai 1886.

(Ann. de gynécol. 1886. Juni.)

Guéniot über den Forceps. Dem Tarnier'schen Forceps spricht G. im Allgemeinen keine Vorzüge zu; in der übergroßen Mehrzahl der Fälle sei der gewöhnliche Forceps vorzuziehen. Die Nachtheile des Tarnier'schen Instrumentes sind wesentlich folgende: Leichteres Abgleiten, gefährliche Kompression des Schädels, der Operateur hat keine sichere Fühlung über das Vorrücken des Kopfes, das Instrument ist komplicirt. Der Forceps von Poullet ist nach G. dem Tarnier'schen vorzuziehen; doch auch dieses Instrument gewähre nur in seltenen Ausnahmefällen besonderen Nutzen; Nachtheile biete die schwierige Anlegung und die gefährliche Kompression des kindlichen Kopfes. Der Levret'sche Forceps bleibe allen anderen überlegen.

Diskussion: Porak stimmt im Allgemeinen mit G. überein, doch hält er weder die Anlegung des Poullet'schen Forceps für schwierig, noch glaubt er, dass dieser den kindlichen Schädel mehr gefährde, als das Levret'sche Instrument.

Sitzung vom 10. Juni 1886.

(Ibid. Juli.)

Labusquière verliest eine Mittheilung von Pileur über einen Fall von Dysmenorrhoea membranacea. Derselbe betraf eine 46jährige Frau, welche seit dem 15. Jahr regelmäßig menstruirt und zehnmal gravid gewesen war (darunter ein Abort im 3. Monat); vielleicht war noch ein zweiter Abort dagewesen; doch ist es möglich, dass es sich hierbei bereits um Dysmenorrhoea membranacea gehandelt hat. Nach der letzten Entbindung regelmäßige Menstruation mit starken Schmerzen vor dem Eintritt. Im November 1884 erfolgte, nachdem im Oktober die Regel ausgeblieben war, starke Blutung. Am folgenden Tage Ausstoßung eines häutigen Sackes von dreieckiger Form, eines deutlichen Ausgusses der Uterushöhle; die Öffnungen entsprachen den Tubenmündungen und dem Orific. ext.; die

Wandung war überall gleich dick, außen uneben, innen glatt. Noch zwei Tage lang geringer Blutabgang. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Fehlen von Uterindrüsen und von Epithelbekleidung; es fanden sich sehr große embryonale Zellen und elastische Fasern (letztere bisher in derartigen Fällen nicht beobachtet). Pileur weist darauf hin, dass der Befund elastischer Fasern, falls er sich als konstant herausstellen sollte, ein gutes differential-diagnostisches Moment abgeben könnte zwischen Dysmenorrhoea membranacea und Abort.

Diskussion; Pajot hält es für möglich, dass es sich im vorliegenden Fall nur um einen Abort gehandelt hat. — Labusquière giebt die Schwierigkeit der Diagnose im vorliegenden Falle zu; gegen Abort spreche das Fehlen der subjektiven Schwangerschaftszeichen, welche die Pat. bei früheren Schwangerschaften stets empfunden hat; ferner biete die ausgestoßene Masse die für Dysmenorrhoea membranacea typischen Verhältnisse dar; gegen Abort spreche das schnelle Aufhören der Blutung und besonders der Befund von elastischen Fasern. — Martineau hält den Namen Dysmenorrhoea membranacea für unzweckmäßig und will ihn durch die Bezeichnung Metritis exfoliativa ersetzt wissen. — Pajot stimmt hierin Martineau bei.

Labusquière verliest einen von Perret (Rennes) eingeschickten Bericht über einen Fall von Sectio caesarea. 26jährige Ipara, platt-rhachitisches Becken mit Conjugata von 4,5—5 cm, normales Schwangerschaftsende, frühzeitiger Wasserabfluss. Lebendes Kind, Genesung der Mutter. Der Uterus wurde genäht.

Bailly über die Zangen mit beweglichen Zugstielen. B. kommt zu folgenden Sätzen: 1) der Forceps von Levret verlangt wegen des unvermeidlichen und oft gefährlichen Druckes auf die Beckenwände und auf den kindlichen Schädel eine übergroße Kraftanstrengung zum Nachtheil von Frau, Kind und Geburtshelfer, 2) die Zangen mit beweglichen Zugstielen, besonders die von Tarnier, ersparen viel Kraft zu Gunsten von Frau, Kind und Geburtshelfer.

Diskussion: Rey erwähnt 3 Fälle von Cuzzi, in denen der Tarnier'sche Forceps abglitt. — Guéniot giebt zu, dass in leichten Fällen die Tarnier'sche Zange gewisse Vortheile biete; bei erheblichen Schwierigkeiten leiste sie aber nicht mehr als der klassische Forceps. — Doléris verwirft den Tarnier'schen Forceps und zählt die Nachtheile desselben einzeln auf. **Skutsch** (Jena).

## 8) Simon Thomas aus Leiden.

Der Tod hat einen der tüchtigsten Männer aus der Reihe der Lebenden gerissen: Prof. A. E. Simon Thomas ist am 23. November im Badeort Laag-Soeren gestorben.

Durch Tilanus sen. in die Geburtshilfe und Chirurgie eingeführt, wurde er bald als Docent an der damaligen klinischen Schule in Rotterdam ernannt, wo er bis 1848 arbeitete, als er einer Berufung nach Leiden als ordentlicher Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der dortigen Universität Folge leistete.

Mehr noch als durch seine litterarischen Arbeiten, von denen »Das schrägverengte Becken« und »Zur Wendung auf die Knie«, am meisten auch im Auslande bekannt sind, hat er durch sein Beispiel auf die Ärzte und Studirenden gewirkt, die ihn als vorzüglichen Lehrer hoch schätzten.

Die medicinische Wissenschaft wird den Namen Simon Thomas als einen ihrer eifrigsten Forscher mit bleibenden Lettern in das Buch der Geschichte verzeichnen; aber auch sämmtliche sich mit der Geburtshilfe beschäftigenden Ärzte werden dem holländischen Gelehrten stets eine dankbare Erinnerung bewahren.

Seine letzten bedeutenden Arbeiten folgen in den nächsten Referaten.

**A. Mijnlieff** (Breukelen).

## 9) Simon Thomas (Leiden). Beckenverengerung durch Spondylolisthesis, Sectio caesarea mit günstigem Ausgange für Mutter und Kind.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1885. Th. II.)

T. wurde zu einer IIpara zur Hilfe gerufen. Bei der ersten Schwangerschaft war die künstliche Frühgeburt in der 30. Woche nöthig geworden. Jetzt befand sie sich am Ende ihrer 2. Gravidität. Die Geburtsarbeit hatte am 12. Juni

begonnen, aber trotz guter Wehen blieb der vorliegende Kopf hoch stehen, so dass eine genaue Beurtheilung der Lage nicht möglich war. Als T. hinzukam, hatten die Wehen aufgehört, ob das Fruchtwasser schon abgegangen war, konnte man T. nicht mittheilen. Bei der Abdominaluntersuchung fand er den Uterus eher klein als groß und um die Frucht zusammengezogen, stark nach vorn geneigt; der Fundus lag links von der Linea alba, nach rechts unten fühlte man einen großen harten Kindestheil, offenbar den Kopf, der über dem rechten queren Schambeinast auf dem Beckeneingange ruhte. Die Herztöne waren normal, rechts zu hören. Bei der inneren Untersuchung erreichte T. mit Mühe das Ost. uteri, das hoch und nach rechts stand, der Rand war dick und weich, das schlaff herabhängende Collum ließ ohne Mühe zwei Finger durch, eine Fruchtblase war nicht zu fühlen, der vorliegende Kopf war nur eben zu erreichen und nach rechts abgewichen, an dem weder eine Naht noch eine Fontanelle zu fühlen war; desto leichter war aber die hintere Wand des Beckens in der Höhe des Eingangs zu erreichen. T. ging so hoch als möglich in die Höhe, bis er ans Promontorium gelangt zu sein glaubte, und maß von da bis zum unteren Rand der Symph. pub. ungefähr 10 cm, wesshalb er die Conj. vera auf wenigstens 8 cm schätzte, doch kam es ihm eigenthümlich vor, dass unter solchen Verhältnissen der Kopf noch so schwer zu erreichen war. Da ein Eingriff noch nicht nöthig war, beschloss T., in der Hoffnung auf das Eintreten kräftiger Wehen, zu warten.

Bei weiterer Nachfrage erfuhr T., dass die Pat. vom 11. Jahre an schwere Arbeit zu verrichten gehabt hatte und viel über Schmerzen im Rücken geklagt; im 15. Jahre war sie angeblich gefallen und danach war das Gehen beschwerlich und der Rücken hohl geworden. Dr. Ersijk, der ihn vorher untersucht hatte, hatte tief am Becken ein klopfendes Gefäß gefühlt, das viel zu dick war, um für die Art. sacralis media gehalten werden zu können, wodurch T. auf die Vermuthung kam, dass es sich um Spondylolisthesis handele. Form und Stand der Darmbeine deuteten nicht auf Rachitis, und es zeigte sich, dass die Neigung des Uterus nach vorn mit der sehr geringen Länge der Bauchhöhle in Zusammenhang stand. Die kurzen Rippen ruhten auf beiden Seiten auf den Darmbeinkämmen; das Sacrum war so ausgehöhlt, dass man, während die Frau auf dem Rücken lag, die Faust leicht in diese einschieben konnte. Bei innerer Untersuchung überzeugte sich jetzt T., dass an der Stelle, an der er vorher das Promontorium zu fühlen meinte, die Wirbelsäule nach vorn gebogen war, längs deren Vorbuchtung verlief die linke Art. iliaca communis. Da jetzt die Diagnose auf Spondylolisthesis sicher gestellt war und T. die Gefahren der Kephalotripsie oder Kranioklasie höher achtete als die der Sectio caesarea, entschloss sich T. zu dieser letzteren.

In der Chloroformnarkose der Kreißenden wurde unter strengen antiseptischen Kautelen der Kaiserschnitt ausgeführt, das lebende Kind, die Placenta und die Eihäute wurden aus dem Uterus entfernt; der von der Mitte des Fundus bis zum Collum reichende Schnitt in der Gebärmutter, die sich nach der Ausleerung gut zusammenzog, wurde mittels in Karbolsäure desinficirter Seide, durch Knopfnähte geschlossen, die nicht ganz 1 cm von einander entfernt lagen. Die Blutung war während der Operation gering gewesen und nach Anlegung der Nähte im Uterus fand gar keine Blutung mehr statt. In der Peritonealhöhle fand sich kein Blut. Schließlich wurde die Bauchwunde mit umschlungenen Nähten geschlossen, in die auch das Peritoneum mitgefasst wurde; außerdem wurden einige oberflächliche Nähte aus Silberdraht angelegt. Die Wunde wurde mit Jodoformgaze und Salicylwatte bedeckt und ein Verband darüber gelegt. Am Nachmittag der Operation trat Fieber auf, Temp. 38,6, Puls 132, das aber schon an demselben Abend wieder abnahm, Temp. 37,9, Puls 96. Auch an den folgenden Tagen war etwas Fieber vorhanden, aber es trat keine weitere Störung ein, und in der 4. Woche konnte die Frau als geheilt betrachtet werden.

Das Kind war ein ausgetragener Knabe von mittlerer Größe (große Peripherie 37, kleine 34, Länge 52 cm). Da sich bei der Mutter keine Milchsekretion einstellte, wurde das Kind mit Buttermilch ernährt und gedieh recht gut.

Später wurde eine genauere Messung an der Frau vorgenommen. Sie maß in ganzer Länge 147 cm, vom Scheitel bis zur Schulterhöhe links 29, rechts 27 cm,

von der Schulterspitze bis zum Darmbeinkamme links 28, rechts 30 cm, von da bis zu den Fußsohlen auf beiden Seiten 90 cm; die linke Schulter stand also 2 cm tiefer als die rechte, was mit einer übrigens sehr geringen skoliotischen Verkrümmung der Brustwirbelsäule in Zusammenhang stand. Der sehr kurze Rumpf hatte von hinten besehen überall dieselbe Breite; an beiden Seiten, besonders rechts, war die Haut in querverlaufende Falten gelegt, an beiden Seiten fühlte man die kurzen Rippen in gleicher Höhe mit dem Darmbeinkamm. Die Processus spinae der Brustwirbel konnten alle deutlich verfolgt werden, von denen der Lendenwirbel aber nur die zwei obersten; darauf folgte eine Grube, deren untere Grenze durch einen quer verlaufenden, stumpfen Knochenrand gebildet wurde, der sich von dem einen Darmbeinkamm nach dem anderen erstreckte. Hier begann die hintere Fläche des Os sacrum, das ziemlich in derselben vertikalen Fläche lag mit der Spinae sup. post. der Ossa innominata; die Distanz zwischen diesen betrug 10,3 cm, von dem oberen Rande des Sacrum bis an die Symph. pub. wurden 19,2 cm gemessen, die Spinae ilei ant. super. waren 25,8, die Darmbeinkämme 28 cm von einander entfernt. Vom linken Tuber ischii bis zur rechten Spina post. sup. ossis ilei und umgekehrt betrug der Abstand 18 cm, dagegen maß der Abstand von der linken Spina post. sup. ossis ilei bis zur rechten Spina anter. sup. nur 22, der von der rechten Spina post. sup. zur linken Spina anter. sup. 23 cm. Es bestand demnach eine Asymmetrie des großen Beckens, während das kleine Becken, so weit sich dieses durch äußere Messung feststellen ließ, symmetrisch zu sein schien.

Bei innerer Untersuchung fand T. den Schambeinbogen eng, die Distanz der Tubera ischii war nicht genau festzustellen. Der Scheidentheil der Gebärmutter lag dichter an der vorderen Beckenwand wie gewöhnlich, der Uterus stand gerade in die Höhe und war normal beweglich. T. konnte deutlich die Vorderfläche von wenigstens zwei Wirbelkörpern verfolgen; von der Symph. pub. bis zu dem am leichtesten erreichbaren Punkte dieser Wirbelkörper maß er etwas mehr als 8 cm und ungefähr 2 cm höher war die Bifurkation der Aorta sehr deutlich zu fühlen. Die nach Crayonzeichnungen angefertigten Abbildungen müssen im Original nachgesehen werden.

An der Richtigkeit der Diagnose dürfte wohl kein Zweifel möglich sein, wenigstens die Körper des 4. und 5. Lendenwirbels waren in den Beckeneingang herabgesunken und zwischen die vordere Fläche des nach hinten dislocirten Os sacrum und der Symph. pub. hineingeschoben.

In Bezug der Ätiologie giebt dieser Fall keine neuen Anhaltspunkte. Angeboren war die Missbildung in der Form, in der sie zur Zeit bestand, sicher nicht; dann als Kind war die Pat. gut geformt, doch kann eine Disposition durch eine fehlerhafte Verbindung des 5. Lendenwirbels mit dem Os sacrum schon seit der Geburt oder in der Kindheit bestanden haben, so dass im Alter von 11 Jahren bei schwerer Arbeit die Missbildung zu Stande kam, die wahrscheinlich schon ausgebildet war, als die Pubertät eintrat. Wie weit der Fall im 15. Lebensjahre an der Bildung betheiligt war, mag Th. nicht entscheiden; möglich ist es, dass eine bereits angefangene Missbildung dadurch verschlimmert wurde, dass diese aber allein dadurch entstanden sein sollte, kommt T. nicht wahrscheinlich vor. Dabei wurde höchst wahrscheinlich durch Druck auf die die Cauda equina bildenden Nerven eine mehr oder weniger ausgebreitete, wenn nicht bleibende, so doch wenigstens vorübergehende Lähmung bedingt; aber darüber lehrte die Anamnese nichts, hingegen hatte die Frau im Alter von 11—15 Jahren über fortwährende Schmerzen im Rücken geklagt.

Über T.'s Methode vom Kaiserschnitt und die kritischen Bemerkungen in einem folgenden Referat. **A. Mijnlieff** (Breukelen).

10) **Simon Thomas** (Leiden). Vier Fälle von Sectio caesarea nebst kritischen Bemerkungen über die neueren Kaiserschnittmethoden.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1885. Th. II. p. 60.)

T., der schon früher 2 Fälle von Sectio caesarea veröffentlicht hat, in welchen er nach der älteren Methode operirte, mit sorgfältiger Vernähung der Gebär-

mutterwunde mit Silbersuturen, erwähnt 3 weitere Fälle. In keinem dieser war die Entbindung per vias naturales versucht, demnach sich a priori die Prognose nicht schon infaust zu stellen brauchte.

Fall 1 kam vor im November 1881. Er betraf eine unverheirathete Ipara mit einem rachitischen Becken, dessen Conj. vera höchstens 6 cm maß. Eben so wie in den beiden vorigen Fällen schloss er die Gebärmutterwunde mit Silberfäden, mit Ausnahme eines kleineren unteren Theiles der Wunde, welche bis in das gedehnte Collum uteri durchging, das er mit der fortlaufenden Katgutnaht vereinigte, damit dieses besser die mögliche Blutung beherrschte. Der Fall verlief ganz glatt; die Frau stillte ihr Kind und war in der 3. Woche als geheilt zu betrachten.

Im Fall 1 handelte es sich um eine 30jährige IIpara. Zum ersten Male war sie zu früh mit einer macerirten, anencephalischen Frucht niedergekommen und jetzt war sie am Ende ihres letzten Schwangerschaftsmonats. Das Becken war ein rachitisches mit einer Conj. vera von 5½ cm. Bei der Incision der Gebärmutter traf man auf die Stelle der Placentaadhäsion, wonach eine ziemlich starke Blutung eintrat; das lebende Kind, die Placenta und die Eihäute wurden bald aus dem Uterus entfernt. Die Gebärmutterwunde wurde mit 10 Silbersuturen, welche ungefähr 1 cm von einander entfernt waren, geschlossen und die Bauchwunde nach Reinigung der Peritonealhöhle mit umschlungenen und oberflächlichen Silbersuturen vernäht. Der Verlauf war ein ungünstiger, indem die Frau nach 4mal 24 Stunden an diffuser Peritonitis erlag. Die Sektion wies nach, dass die Wunde im Uterus großentheils genau sich schloss, der rechte Wundrand war ungefähr in der Mitte zur Länge von etwas mehr als 2 cm gangränös, diese Gangrän dehnte sich bis 1½ cm vom Wundrande aus und drang durch das Gewebe hindurch bis an die innere Fläche der Gebärmutterhöhle; 2 Silbersuturen daselbst hingen nur allein mit dem linken Wundrande zusammen. T. meint, die Peritonitis wäre der Gangrän vorausgegangen und nicht die Peritonitis in Folge der Gangrän entstanden.

In Fall 3 war die Sectio caesarea nöthig wegen beinahe vollständiger Füllung des kleinen Beckens mit einem retroperitonealen Fibroid, ausgehend vom Periost der vorderen Fläche des Os sacrum. Die Frau, welche früher einmal mit der Zange und zum zweiten Mal durch Perforation entbunden war, war zum dritten Mal schwanger. Einige Tage, bevor sie ins Krankenhaus übergeführt war, war schon das Fruchtwasser abgegangen und, da T. abwesend war, 9 Stunden nach der Aufnahme von ihm untersucht. Das Kind war schon abgestorben. Die Gebärmutter wurde nach Müller aus der Bauchhöhle gezogen und incidirt, wobei man die Placenta traf. Im unteren Theile der Wunde war die Wand sehr dünn und blutete stark. Dieser Theil wurde wie im 1. Falle mit der fortlaufenden Katgutnaht geschlossen und die Gebärmutter wurde mit 10 tiefen Silbersuturen vernäht.

Am ersten Tage Temp. 37,8 bei einer Pulsfrequenz von 100, am zweiten Temp. 38,1, Puls 104, am dritten war sie unruhig, durch Ructus geängstigt, am vierten Tag verschied sie an Collaps. Die Obduktion wies eine diffuse, purulente Peritonitis nach. Von den Silbernähten hatte nur die dritte von unten das Peritoneum oberflächlich eingeschnitten, die fortlaufende Katgutnaht war losgegangen, wodurch Uterusinhalt in die Peritonealhöhle gekommen war und eine septische Peritonitis veranlasst hatte.

Fall 4 betraf die Frau mit Spondylolisthesis (vide Ref.).

An diese Fälle knüpft T. die nachfolgenden Bemerkungen:

Die geeignete Zeit, mit der Operation anzufangen, ist so bald wie möglich, wenn das Ost. uteri 2 bis 3 cm geöffnet ist, die Wehen regelmäßig sind und das Fruchtwasser abgegangen ist. Dem Müller'schen Verfahren giebt T. den Vorzug, weil kein Blut in die Peritonealhöhle kommt und außerdem die Gedärme so wenig wie möglich abgekühlt werden. Bei der Incision in die Gebärmutter, die Placentastelle zu umgehen, hält er nicht immer für möglich, wenn bei der Operation, nachdem das Fruchtwasser abgegangen ist, eine Probepunktion, wie Halbertsma vorgeschlagen hat, unmöglich geworden ist. Nach unten schneide man nicht weiter ein, als bis in die Nähe des Ost. internum. Wenn es sich um einen nicht vernachlässigten Fall handelt, zieht sich die Gebärmutter gewöhnlich genügend zusammen, wenn nicht, so kann man dies durch Knetung bewirken. Sie liegt demnach außer der Bauchhöhle und in allen 6 Fällen fiel es T. nicht schwer, die Wundränder im

Uteruskörper genau an einander zu passen und ihn vollständig diese Form adoptiren zu lassen, welche er auch ohne Einschnitt nach dessen Entleerung gehabt haben sollte. In 5 Fällen nähte T. mit Silberfäden, in einem mit Karbolseide; die letztere hält er für besser, weil sie vielleicht besser eingekapselt wird; die Katgutsuturen hält er für nicht zuverlässig (Fall 2, 3).

T. erklärt sich weder mit der Sänger'schen, noch mit der Sänger-Leopold'schen Methode einverstanden. Ein solches Verfahren möchte Vortheile haben bei einer Darmnaht nach Resektion einer Darmschlinge, wo die Wundränder ganz dünn sind. Bei einer Gebärmutterwunde, wie nach dem Kaiserschnitt, handelt es sich um eine 2 cm dicke Muskelwand, welche der Länge nach durch einen einzigen Schnitt gespalten, sich vollständig einander anpassen lässt und sich bei genauer Vernähung so an einander schließt, dass sie nichts durchlässt. Bei genauer Antisepsis kann man alle schädlichen Einflüsse genügend abwehren. Wenn im Fall 4 die Naht nicht gehalten hatte, so war nicht die Nähmethode Schuld daran, sondern das Material. Was die Porro'sche Methode betrifft, so möchte T. sie nur ausnahmsweise anwenden, um so mehr, als eines der kräftigsten Argumente wegfällt; nämlich die Sterilisation der betreffenden Frau kann leichter und weniger auf das Sexualleben einwirkend bewirkt werden durch Abschnürung der beiden Tubae mit einem Seidenfaden oder, wenn nöthig, durch doppelte Unterbindung und Durchschneidung zwischen den beiden Ligaturen mit dem Paquelin. Eine der wichtigsten Funktionen, nämlich die Menstruation, kann dann, wie T. meint, fortbestehen bleiben.

Außerdem ist der Geburtshelfer, da die Porro'sche Operation nicht weniger gefährlich ist als die ältere Methode, nicht berechtigt, diese für jeden Fall zu adoptiren; nur für solche Fälle hält T. sie für rationell, wo die Sectio caesarea während längerer Zeit vernachlässigt ist und vielerlei Versuche zur Wendung oder Perforation vorausgegangen sind, oder bei Ruptura uteri oder metritis, weil man in solchen Fällen nicht berechtigt ist, ein für das Leben der Frau so gefährliches Organ im Bauch zurückzulassen. **A. Mijnlieff** (Breukelen).

### 11) **Skene Keith** (Edinburg). Fälle von Ovariotomie.

(Edinb. med. journ. 1886. März.)

Verf. giebt über 10 seiner ersten 50 Ovariotomien einige Einzelheiten, die immerhin einer kurzen Wiedergabe werth scheinen. Die 10 Fälle verliefen alle günstig; von den 50 starben überhaupt nur 2 (früher veröffentlicht), die übrigen 38 boten nichts Bemerkenswerthes.

1) Tumor vollkommen verwachsen, 30 Unterbindungen; im Innern gangränös, Stieldrehung. Einige Monate später rechtzeitige Niederkunft. Gravidität war trotz vielfacher, zeitraubender Manipulationen in der Bauchhöhle nicht bemerkt worden.

2) Linksseitiger Tumor, Reste des vollständig abgedrehten Stieles an demselben; Ernährung durch Netzadhäsionen.

3) Dermoïd; gleichzeitige Gravidität nicht unterbrochen.

4) Zehn Wochen p. partum operirt; vordere flächenhafte Adhäsionen, die wahrscheinlich beim Wachsen des Uterus etwa zolllang ausgezogen worden waren, Bewegung der Bauchdecken über dem Tumor erlaubten und sich so der Diagnose entzogen hatten.

5) $^1/_6$ Albumen vor der Operation im Urin (Ovariotomia duplex); schwand nachher vollständig; starke sackartige Verdickung des Netzes vor dem Tumor liegend, zum großen Theil abgetragen.

6) $^1/_2$ Albumen im Urin, starke Dyspnoe, kolossale Ödeme der Bauchdecken. Durch Punktion 52 Pfund ascitische Flüssigkeit entleert; später 2 Tumoren entfernt, die zusammen mit der unterdessen wieder angesammelten freien Flüssigkeit $89^1/_2$ Pfund wogen. Eiweiß fast beseitigt.

7) Linksseitiger Tumor, mit dem Ureter und mit Dünndarm oben und hinten völlig verwachsen; zum Theil intraligamentär; künstliche Stielbildung fasst zum Theil den Uterus mit; Klammerbehandlung. Im Verlauf der ersten 24 Stunden p. op. eine auffällig rapide Abmagerung; 16 Stunden p. p. mehrere collapsähnliche Zufälle.

8) Cyste des Lig. latum; Auftreten von Blut im Urin am dritten Tage wird von K. auf schlechtes Ausdrücken der in 2%igen Karbol liegenden Schwämme bezogen.

9) Rechtsseitige Parovarialcyste; intraligamentär; und kleines Dermoid; Ausschälung; Ränder des Ligaments mittels Klammer in der Bauchwunde; am dritten Tage Klammer entfernt, Drainage, reichliche Eiterung.

10) Bemerkenswerth durch fast letale Blutung aus den sehr ausgedehnten, bis zur Leber reichenden Adhäsionen. **Zeiss** (Erfurt).

## 12) M. A. Fargas (Barcelona). Erste Serie von 10 Ovariotomien.

Barcelona, 1886.

Der Verf. berichtet über 10 von ihm ausgeführte Ovariotomien, mit Ausschluss der Laparotomien zur Exstirpation von Neubildungen anderer Art. Er hat dieselben vom November 1882 bis Juli 1885 ausgeführt und nur einen letalen Fall dabei zu verzeichnen = 10%.

Fünf Fälle davon waren nur lobuläre Cysten mit wenig Adhärenzen, die er mit der Hand löste und sonst günstigen Bedingungen. Nur die eine von diesen Operationen hatte Febris intermittens im Gefolge. Durch große Gaben Chinin und spätere Ortsveränderung wurde es gehoben. In der Reihenfolge der Aufzählung sind es die Fälle No. 1, 4, 6, 8, 9. Auch Fall 10, der letal endete, wird als unilobulär angeführt, Verf. diagnosticirt ihn als glandulär-fibrinöse Cyste des linken Ovariums (?). Etwas Fibringerinnsel im Inneren der Cyste erklärt das eine Beiwort. Als Todesursache schließt er eine Infektion entschieden aus (die Kranke starb nach 48 Stunden), ohne etwas Anderes als Todesursache anzuführen. (Mir scheint es eine innere Blutung gewesen zu sein, da die Cyste mit Bauchdecken und Peritoneum verwachsen und sehr dünnwandig unterhalb des Nabels war Ref.) Außerdem erscheint der Ascites, den er nebenbei bemerkt, durch Austritt von Flüssigkeit aus der Cyste bewirkt. F. bahnte sich einen falschen Weg, Vorfall des Peritoneums trat ein, ein großer Theil desselben wurde mit der langgestielten Cyste entfernt; die Blutung war sehr stark und schwer zu stillen. Terpentin, Liq. ferri sesquichl., 7 Ligaturen, Torsion kleinerer Gefäße und der Galvanokauter brachten endlich die Blutung zum Stillstand. F. wendet Terpentin nach französisch-spanischer Manier sehr oft an. Weiterhin verzeichnet er noch eine linkseitige multilobuläre Cyste mit Prolapsus uteri, der nach der Operation verschwand (Fall V und Fall VII), ein von ihm als papillomatöse, multilobuläre Cyste beider Ovarien genannter Fall. Er nennt dieselben papillomatös, da beide Cysten auf ihrer Oberfläche eine Art zottiger Exkrescenzen trugen bis zur Länge eines halben Daumens, die leicht bluteten. Die Operation entfernte Alles. F. hat auch dort durch die Operation den bestehenden Prolapsus uteri geheilt. Verf. giebt weder Angaben über den makroskopischen noch mikroskopischen Befund. Von Analyse der Flüssigkeit (Inhalt der Cysten) ist keine Rede. Bei dem letalen Falle unterblieb jede Sektion. Hiermit ist jedes eingehende Urtheil in wissenschaftlicher Weise gehindert. Eins nur erfahren wir durch die Vorrede: dass von 1863—1884 nur 50 Ovariotomien in Spanien gemacht wurden. Die Behandlung des Stieles fand bis zum 6. Falle, den er angiebt, extraperitoneal mit der Klammer von Spencer-Wells statt, bei den übrigen Versenkung des Stieles. Auch in statistischer Beziehung hat die Zahl seiner Fälle mit 10% Sterblichkeit keine Bedeutung; warten wir auf die zweite Serie, die er in Aussicht stellt.

Er thut vieler Gynäkologen anderer Staaten Erwähnung, darunter auch der Deutschen. Den Mangel an größeren Zahlen für die Ovariotomie schiebt er auf die Abneigung der Ärzte und Studirenden gegen das Studium der Fachlitteratur, den Mangel an geeigneten Hospitälern, Kliniken und Operationsübungen. Die einfachsten Angaben bei jedem seiner Fälle sind in keiner Weise analog und schematisch aufgeführt, es fehlt der anatomisch-pathologische Befund zur Ergänzung von Diagnose und Prognose. **Canstatt** (München).

---

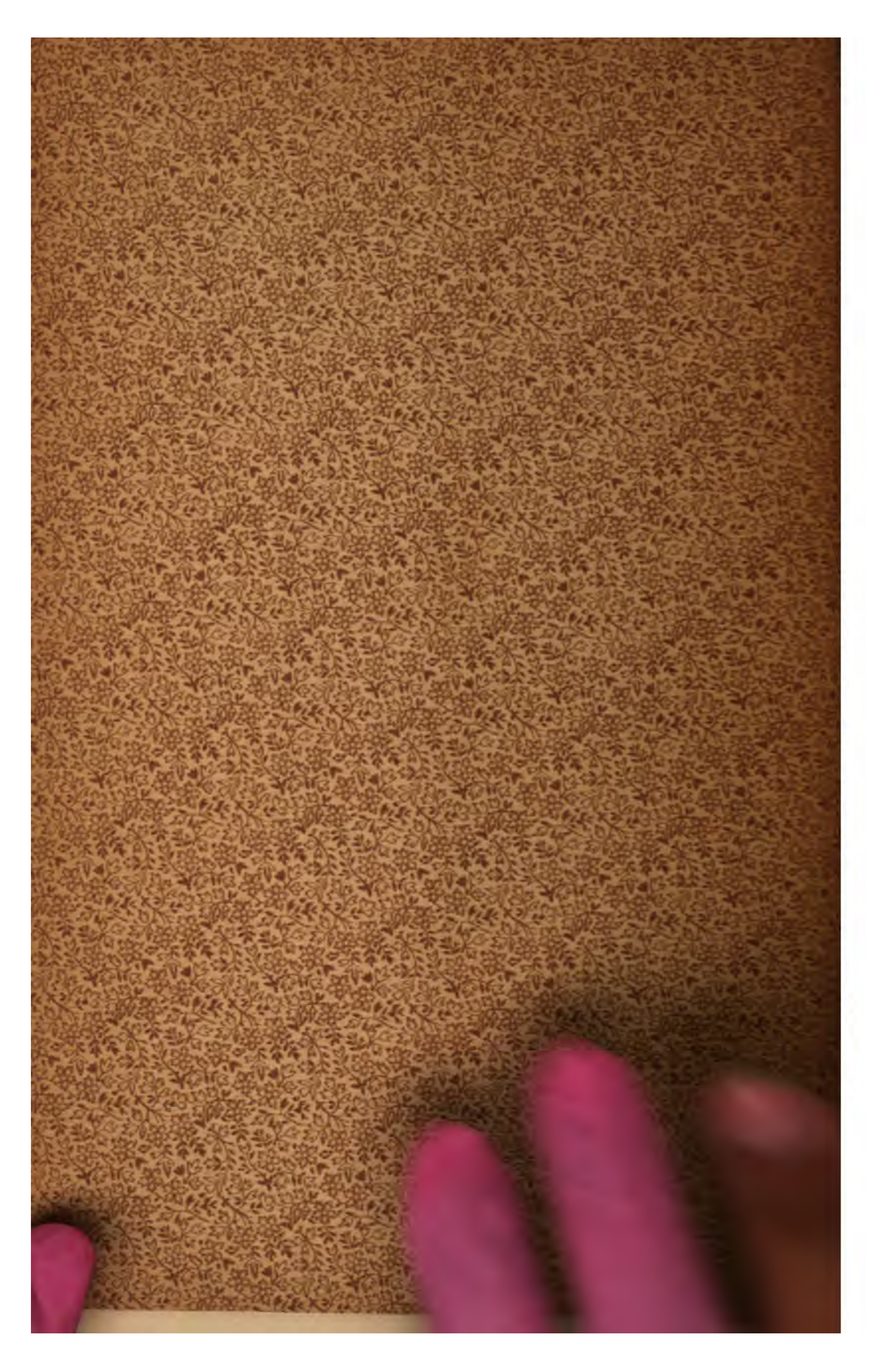
Berichtigung. Der Übersetzer des Buches von Lawson Tait (Ref. 4 in No. 49) heißt Dr. Olivier, nicht Olivier Pain, wie durch ein unerklärliches Versehen gedruckt ist. Red.

---

Originalmittheilungen, Monographieen, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

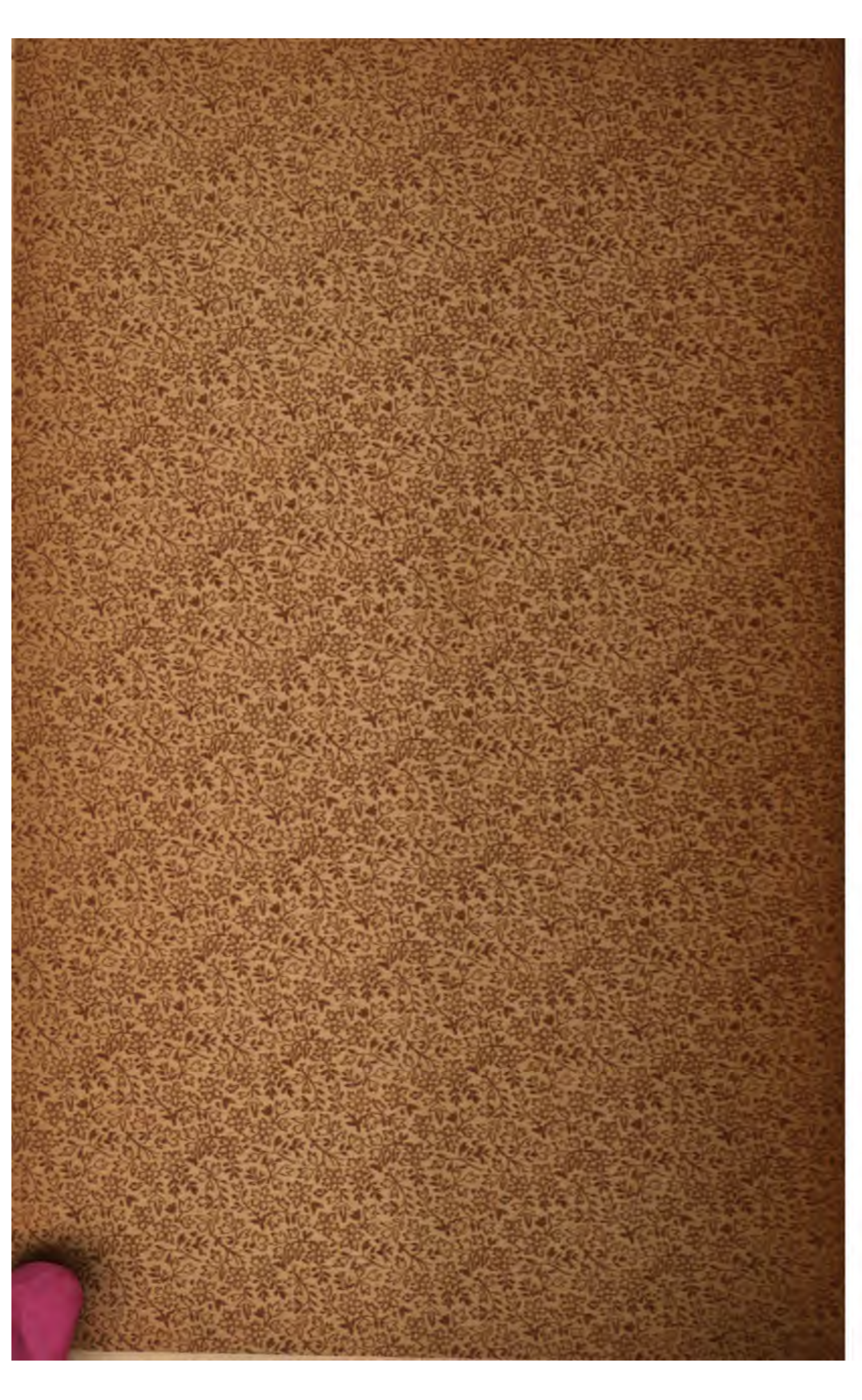
Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

**(Hierzu Titel und Register zu Jahrgang 1886.)**





"Let thy boke, therefore, be thy pastyme and game: which (if thou love it as thou oughtest) will so delight thee, that thou shalt thinke no tyme so well bestowed as upon it."





"Let thy boke, therefore, be thy pastyme and game: which (if thou love it as thou oughtest) will so delight thee, that thou shalt thinke no tyme so well bestowed as upon it."